

福祉医療費（連記式） 請求のポイント(ステーション用)

お願い

- ・各種様式等は群馬県国保連合会のHPに掲載しております。
- ・ステーションコードの記載誤りにはご注意ください。
- ・総括表、請求書と明細書のステーションコードが異なる場合、処理することができません。編綴をする際はご注意ください。

令和6年3月版

群馬県国民健康保険団体連合会

1 連記式請求総括表の記載方法について

① 令和 年 月分 福祉医療費【連記式】請求総括表									
表別		県別		医療機関等コード		保険医療機関等の所在地及び名称			
		10				電話番号 開設者氏名			
② 保険者番号	③ 割合区分等					④ 入外	⑤ 件数	⑥ 点数	⑦ 福祉医療費請求額
	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 入	2 外		
	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 入	2 外		
	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 入	2 外		
	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 入	2 外		
	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 入	2 外		

- ① 青枠 内は全て記載してください。
- ② 福祉受給資格者証を確認し、福祉医療費の請求先市町村(福祉受給資格者証の発行先市町村)の市町村番号を記載してください。
- ③ 該当する割合区分に○を付けてください。
「特」に該当する明細書がある場合は給付割合と特の2カ所に○を付けてください。
- ④ 「2外」に○を付けてください。
- ⑤ 請求書「件数」欄を転記してください。
- ⑥ 請求書「点数」欄を転記してください。
- ⑦ 請求書に記載がある場合は転記してください。

※ 請求先市町村が同じであっても、給付割合ごとかつ「特」の有無ごとに記載してください。

2 連記式請求書の記載方法について

① 令和 年 月分 福祉医療費【連記式】請求書			
市町村名		保険医療機関等の 所在地及び名称 電話番号 開設者氏名	
下記のとおり請求する 令和 年 月 日		保険者番号 1 0	表別 ② 特
区 分	療養の給付		
	件 数	点 数	福祉医療費請求額
一 般 ①	入 院		
	③ 入 院 外		④
2 割	入 院		
	③		④

- ① 青枠 内は全て記載してください。
- ② 明細書の特に記載がある場合は「特」に○を付けてください。
- ③ 給付割合ごとに件数と点数（医療保険の請求金額）の合計を記載してください。
- ④ 明細書に記載のある場合、給付割合ごとに福祉医療費請求額の合計を記載してください。

※請求先市町村ごとに作成してください。

「特」に記載がある場合は同一市町村でも別に作成してください。

給付割合ごとに1枚ずつ作成しないでください。

3 連記式明細書の記載方法について

医科	歯科	調剤	訪問	④	都道府県番号	10	医療機関等コード	③
⑤ 令和 年 月分 福祉医療費【連記式】明細書（入院外）					① 割合区分		② 略称等	
⑥ 市町村長 様					③ 保険医療機関等の所在地及び名称（電話番号）		②	
公費負担者番号	受給者氏名				点数	福祉医療費請求額	医療保険の保険者番号	備考
受給資格者番号	性別	生年月日						
⑦	⑨				⑩	⑪	⑫	⑬
⑧	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令							
2	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令							
10	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令							
合 計					⑭	⑭		

注1 割合区分欄は、該当する箇所を○で囲み、略称等欄は右表の略称等を記載してください。

注2 点数欄は、療養の給付に係る点数を記載してください。

注3 福祉医療費請求額は、略称等欄に略称等を記載した場合と高齢受給者で高額医療費該当の場合に福祉医療費請求額を記載してください。

注4 医療保険の保険者番号欄は、福祉医療費受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載してください。

略称等欄に記載が必要な請求	略称等
障害者総合支援法等公費負担医療	各治療
○	02
高齢受給者を除く高額 (多額該当、非課税世帯、多額該当)	高

- ① 該当の給付割合を○で囲んでください。
- ② 「特」に該当する場合は略称等を記載してください。〈別表1〉
- ③ ステーションコード7桁及びステーションの住所、名称等を記載してください。
- ④ 訪問に○を付けてください。
- ⑤ 診療年月を記載してください。
- ⑥ 福祉の請求先市町村（福祉受給資格者証の発行元市町村）を記載してください。
- ⑦ 福祉の負担者番号（8桁）を記載してください。
- ⑧ 福祉の受給資格者番号（7桁）を記載してください。
※⑦⑧は公費ではなく福祉の情報を記載してください。
- ⑨ 受給者氏名を記載してください。
該当する性別に○を付けてください。
該当する元号に○を付け、年月日を記載してください。
- ⑩ 医療保険の請求金額（医療保険の明細書、保険請求額欄に記載の金額）を記載してください。
- ⑪ 特略称等欄に略称等を記載した場合と高齢受給者で高額医療費該当の場合に記載してください。

- ⑫ 医療保険の保険者番号を記載してください。
 （社会保険の場合は8桁、国保の場合は6桁）
- ⑬ 月遅れ分や返戻再請求の場合は診療年月（令和〇年〇月診療分）と記載してください。
 月途中で福祉を取得した場合は福祉取得年月日を記載してください。
 多・税に該当する場合は、多・税、を記載してください。
 限度額適用認定証の所得区分欄現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰに該当する場合は「ア」「イ」「ウ」、多数該当の場合は「多ア」「多イ」「多ウ」を記載してください。
 ※記載がない場合、限度額は「57,600円」となります。
- ⑭ 合計にはそれぞれの合計を記載してください。

<別表1>

特 略称等欄に記載が必要な請求	略称等
障害者総合支援法等公費負担医療	各法番（21.54など）
マル長	02
高齢受給者を除く高額 （多数該当、非課税世帯、多数該当・非課税世帯を含む。）	高

- ※「特」に該当するものと該当しないものはそれぞれ別に明細書を作成してください。
 「特」に該当する場合でも特 略称等欄に記載する略称が異なる場合はそれぞれ明細書を作成してください。（この場合でも請求書は1枚です。）

4 連記式の請求方法について

① 記載時の注意点

- ・手書きで作成する場合は、黒又は青のインク若しくはボールペン等で記載してください。
- ・記載誤り等を修正する場合は、修正液や修正テープは使用せず、該当箇所を二重線で削除し書き直してください。その際、訂正印は不要です。
- ・エクセル等を用いて作成される場合は、行を削除するなどして明細書の様式を変更しないでください。
- ・生年月日や性別のみの記載は受け付けることができません。
請求する場合は全ての箇所を記載し、請求しない場合は二重線で削除してください。
- ・印字の汚れや擦れがないか確認してから提出してください。
(汚れや擦れがある場合は正しく処理出来ない可能性があります。)

② 請求時の注意点

- ・作成した総括表、請求書、明細書は上から総括表、請求書、明細書の順で左上をホッチキス留め若しくは穴をあけて綴り提出してください。
- ・国保の明細書と一緒にホッチキス等で留めず、連記式のみで留めてください。
- ・請求先市町村が複数ある場合は、総括表、A市請求書、A市明細書、A市特該当請求書、A市特該当明細書、B市請求書、B市明細書、B市特該当請求書、B市特該当明細書、というように編綴してください。(次項参照)
- ・参考として医療保険の明細書の写しは添付しないでください。

③ その他

- ・総括表、請求書、明細書の下部にも作成時の注意点が記載されていますのでご参照ください。

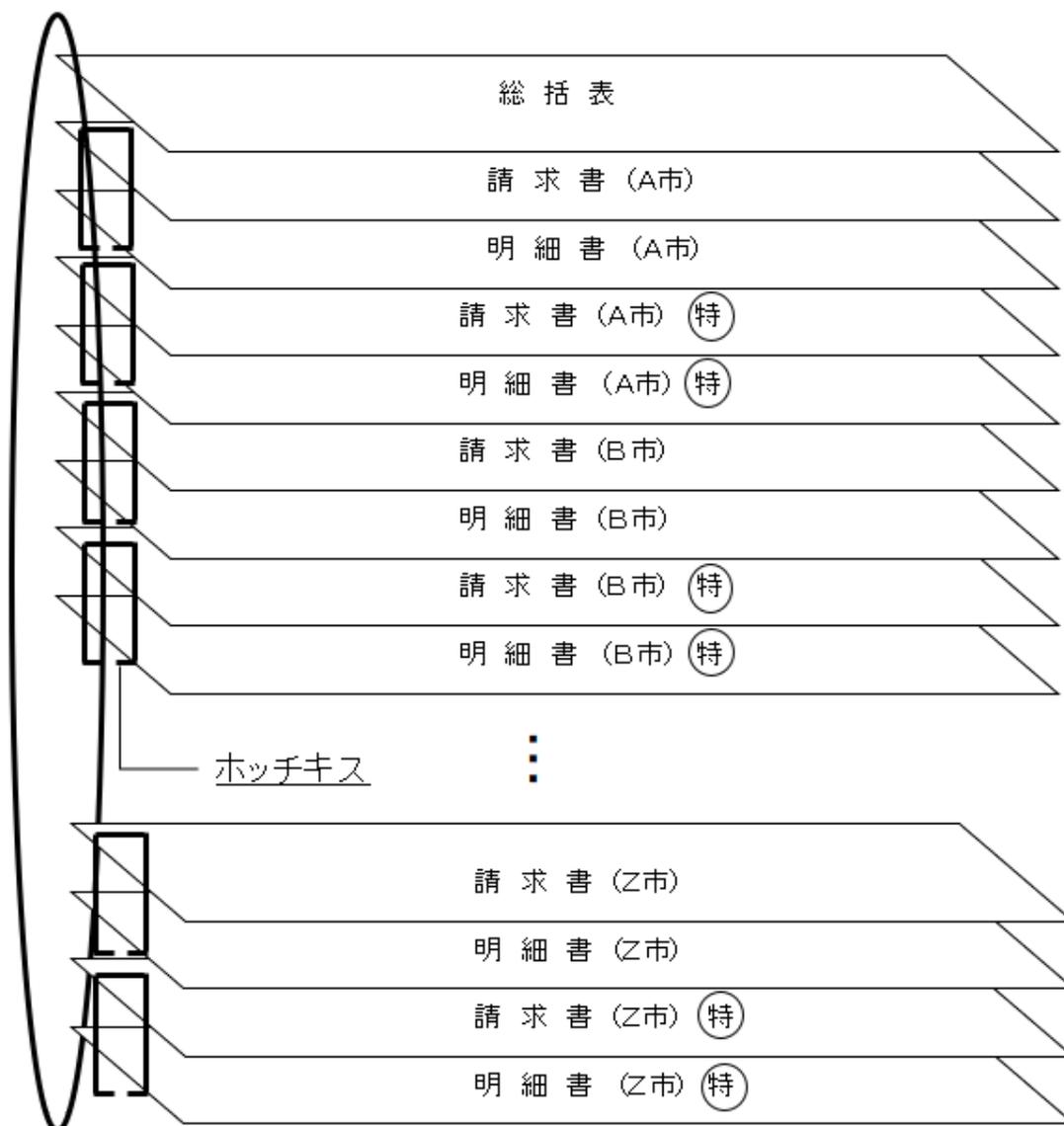
【連記式の編綴方法について】

連記式に係る明細書等について、請求先市町村が複数ある場合は、

総括表、A市請求書、A市明細書、A市特該当請求書、A市特該当明細書、

B市請求書、B市明細書、B市特該当請求書、B市特該当明細書

と下図のようにまとめて編綴してください。



請求時の注意点

- 作成した総括表、請求書、明細書は上から総括表、請求書、明細書の順で左上をホッチキス留め若しくは穴をあけて綴りご提出ください。
- 国保の明細書と一緒にホッチキス等で留めず、連記式のみで留めてください。
- 参考として医療保険の明細書の写しは添付しないでください。

5 返戻再請求について

① 連合会から送付された明細書を使用する場合

- ・明細書にホッチキス留めされている「返戻レセプトリスト」や「明細書の写し」等は必ず外してください。
- ・訂正箇所のみを修正し、総括表と請求書を作成してください。（ほかに請求する明細書がある場合は総括表と請求書は合算し、別に作成しないでください。）
※明細書のみ提出いただいても受付はできません。

② 当月請求分に追記する場合

- ・当月請求分の中の該当の明細書に記載してください。
- ・当月分とは合算せずに各月ごとに1行として記載してください。
- ・当月以外の診療月の行は備考欄に「令和〇年〇月診療分」と記載してください。