

訪問看護療養費(医療保険) 請求の手引き

令和7年3月版

群馬県国民健康保険団体連合会

1 明細書の記載要領(基本事項)

(1)『保険種別1』、『保険種別2』および『本人・家族』欄について

ア『保険種別1』欄について、以下のうち1つを○で囲む。

- 1 社・国 国民健康保険
- 2 公費 公費負担医療(注: 国保連合会への請求では使用しない)
- 3 後期 後期高齢者(「39」で始まる8桁の保険者番号)

イ『保険種別2』欄について、以下のうち1つを○で囲む。

- 1 単独 保険単独(公費負担医療を併用していない方)
- 2 2併 保険と1種の公費負担医療との2者併用
- 3 3併 保険と2種の公費負担医療との3者併用

ウ『本人・家族』欄について、以下のうち1つを○で囲む。

- 2 本人 70歳未満の利用者(70歳以上には使用しない)
 - 4 六歳 未就学者
 - 6 家族 70歳未満の利用者(70歳以上には使用しない)
 - 8 高齢一 高齢受給者 一般・低所得者Ⅰ・低所得者Ⅱ
後期高齢者医療 一般Ⅰ・一般Ⅱ・低所得者Ⅰ・低所得者Ⅱ
 - 0 高齢7 高齢受給者 現役並み所得者
後期高齢者医療 現役並みⅠ・現役並みⅡ・現役並みⅢ
- ※ 高齢受給者＝国保70歳以上(前期高齢者)

<記載事例>

国民健康保険で、公費「難病54」を持っている、高齢受給者一般(73歳)の方の場合

6	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本人	8 高齢一
訪			2 2併	4 六歳	
看	2 公費	4 退職	3 3併	6 家族	0 高齢7

※「1 社・国」、「2 2併」、「8 高齢一」を○で囲む。

(2)『給付割合』欄について

該当する「保険の給付割合」を○で囲む。福祉や公費を持っている利用者であっても10割ではなく、保険の給付割合に○を付ける。

<よくある誤り例>

高齢受給者一般、福祉を持っていて実質本人負担額無しの場合

×

給 付	10	9	8
	7	()	

⇒ ○

給 付	10	9	8
	7	()	

(3)『保険者番号』欄について

マイナ保険証等に記載されている保険者番号を記載する。

(4)『被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号』欄について

マイナ保険証等の「記号及び番号」または「被保険者番号」を記載する。

(ハイフンや中点がある場合はそのとおりに記載する。)

国保の場合、枝番は(枝番)の後ろに記載する。

月途中で記号若しくは番号を変更した場合または任意継続に変更した場合(給付割合に変更がない場合に限る。)は変更後の記号又は番号を記載する。

(5)『公費負担者番号』欄及び『公費負担医療の受給者番号』欄について

医療券等に記入されている公費負担者番号8桁及び受給者番号7桁を記載する。複数持っている場合は、先順位の公費を第一公費、後順位の公費を第二公費とする。

公費と福祉を持っている場合、国保は福祉分を連記式明細書で請求し、後期は併用明細書で請求する。(福祉請求額がない場合は福祉分の請求は不要。)

(6)『特記』欄について

特定疾病療養受療証「02長」「16長2」が提示された利用者については、記載すること。ただし、限度額を超えない場合は記載不要。

後期高齢者2割でマル長該当の利用者は限度額を超えない場合でも記載が必要。

原則、国保の70歳以上の利用者及び後期高齢の利用者については、特記欄に所得区分の記載が必要。また、70歳以上で「限度額適用認定証」等の提示がない場合は、前期高齢者7割給付の方は「26区ア」を、8割給付の方は「29区エ」を記載し、後期高齢者8割給付の方は「41区カ」を、9割給付の方は「42区キ」を記載する。

70歳未満の利用者で「限度額適用認定証」が提示された利用者についても、必ず所得区分

を記載する。(下記 自己負担限度額(月額)参照)

(7)『負担金額』、『一部負担金』欄について

保険一部負担金額は高額療養費が現物給付された利用者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。なお、保険金額と公費分金額が異なる場合(一部負担金相当額の一部を公費が負担するとき)は、支払いを受けた一部負担金と公費が負担する額を合算した金額を記載する(10円未満を四捨五入した10円単位での記載)。このとき、公費に係る給付対象額を合算した金額の上段に()で再掲する。

以下の場合には保険一部負担金額欄の記載が必要。

- ① 特定疾病療養受療証の提示があり限度額を超越した場合。(「02長」「16長2」)
70歳未満の利用者で限度額適用認定証の提示がなかった場合は記載不要。
- ② 70歳以上の利用者で高額該当の場合。(公費02長含む)
- ③ 70歳未満の利用者で限度額適用認定証の提示があり高額該当の場合。(公費02長含む)

自己負担限度額（月額）

《特定疾病療養受療(「02長」「16長2」)》

所得	特記	自己負担限度額
70歳未満の上位所得	16	20,000円
上記以外の利用者	02	10,000円 (★8,000円)

★70歳以上(前期および後期高齢者)の低所得ⅠまたはⅡに該当し、患者負担額が10,000円を超過する利用者。

※ 高額長期疾病に係る自己負担限度額は10,000円。

ただし、70歳未満の上位所得(所得区分ア, イ)に係る自己負担限度額は20,000円。

《後期高齢者》

所得区分	割合	特記	自己負担限度額
現役並みⅢ	3	26 区ア	252,600 円+(医療費-842,000 円)×1% 〈多数該当 140,100 円〉
現役並みⅡ	3	27 区イ	167,400 円+(医療費-558,000 円)×1% 〈多数該当 93,000 円〉
現役並みⅠ	3	28 区ウ	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1% 〈多数該当 44,400 円〉
一般Ⅱ	2	41 区カ	18,000 円
一般Ⅰ	1	42 区キ	18,000 円
低所得者ⅠまたはⅡ	1	30 区オ	8,000 円

※令和4年10月1日から令和7年9月30日までの3年間は2割負担となる方については配慮措置が適用される。

※配慮措置の対象となるのは、窓口負担割合が2割の方(41 区カ)で1か月の保険金額が30,000 円から 150,000 円までの方のレセプト。

・対象レセプト…保険単独レセプト、公費併用レセプトの保険単独分、福祉併用レセプト(公費法別 77 及び 87)

・自己負担が 6,000 円を超える場合、配慮措置の計算が必要。

計算式:6,000 円+(医療費-30,000 円)×10%

自己負担限度額は 18,000 円か配慮措置計算額のいずれか低い額。

※区カ、区キについては令和4年10月診療分から適用する。

※75歳到達月の自己負担限度額は国保制度と後期制度のそれぞれの2分の1の額となる。

(障害認定を受けており75歳到達以前から後期高齢者該当の方及び月の初日生まれの方を除く。)

※低所得(30 区オ)で高額該当の場合は、低所得ⅠまたはⅡのどちらに該当するかを様式4の
 場合は一部負担金区分欄に、様式4-2 の場合は備考欄に記載する。

※多数該当について、51、52、54公費がある場合、訪問では対象外。

《70歳～74歳(前期高齢者)》

所得区分	割合	特記	自己負担限度額
現役並みⅢ	3	26 区ア	252,600 円+(医療費－842,000 円)×1% 〈多数該当 140,100 円〉
現役並みⅡ	3	27 区イ	167,400 円+(医療費－558,000 円)×1% 〈多数該当 93,000 円〉
現役並みⅠ	3	28 区ウ	80,100 円+(医療費－267,000 円)×1% 〈多数該当 44,400 円〉
一般	2	29 区エ	18,000 円
低所得者ⅠまたはⅡ	2	30 区オ	8,000 円

※ 高額該当で低所得(30 区オ)の場合は、低所得ⅠまたはⅡのどちらに該当するかを様式4の
 場合は一部負担金区分欄に、様式4-2 の場合は備考欄に記載する。

多数該当について、51、52、54公費がある場合、訪問では対象外。

《70歳未満》

所得区分	割合	特記	自己負担限度額
上位所得者	3	26 区ア	252,600 円+(医療費－842,000 円)×1% 〈多数該当 140,100 円〉
	3	27 区イ	167,400 円+(医療費－558,000 円)×1% 〈多数該当 93,000 円〉
一般	3	28 区ウ	80,100 円+(医療費－267,000 円)×1% 〈多数該当 44,400 円〉
	3	29 区エ	57,600 円 〈多数該当 44,400 円〉
非課税	3	30 区オ	35,400 円 〈多数該当 24,600 円〉

※ 70歳未満の利用者は限度額適用認定証を提示された場合のみ、特記欄に所得区分の記載
 が必要。

2 明細書の記載要領(内容)

①様式4

(A)訪問した場所

自宅の場合は「1自宅」、施設等の場合は「2施設」、これらに該当しない場合は「5その他」を記載する。

「2施設」に該当する場合は該当するコード及び施設等を、「5その他」の場合はその場所を()内に記載する。(参考資料「施設等コード」参照)

月途中で訪問先が変更になった場合等、複数に該当する場合は、訪問した場所及び変更した年月日を情報欄<その他>にすべて記載する。

(B)心身の状態

訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作(ADL)の状態を具体的に記載する。

「基準告示」第2の1に規定する疾病等の有無や状態等、該当する番号をすべて記載する。別表7、別表8又は超重症児若しくは準超重症児に該当するものは、その利用者が該当するすべての疾病等について、該当するコードを(該当する疾病等)に記載する。(参考資料【別表7】【別表8】【他】参照)

精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定した場合、当該月の初日の指定訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値に対応するコードを(GAF尺度により判定した値)に、判定した年月日を(判定した年月日)に記載する。(参考資料【GAF尺度により判定した値】参照)

(C)主たる傷病名

訪問看護指示書に基づいて記載する。

(D)指示期間

特別指示期間だけでなく指示期間も記載が必要。(特別指示期間のみは不可)

- ・指示期間(訪問看護指示書)・・・6か月以内
- ・特別指示期間(特別訪問看護指示書)・・・1月1回14日以内
(「気管カニューレを使用している状態にある者」「真皮を越える褥瘡の状態にある者」は月2回まで算定可)
- ・精神指示期間(精神訪問看護指示書)・・・6か月以内
- ・精神特別指示期間(精神特別訪問看護指示書)・・・1月1回14日以内

(E)訪問開始年月日

当該指定訪問看護を開始した年月日を記載する。

同月中に保険種別等の変更があった場合は、変更があった日を訪問開始年月日として記載し、〈その他〉欄にその旨を記載する。

(F)訪問終了年月日

医療保険での訪問が終了した年月日を記載する。

(G)訪問終了時刻

最後に訪問した時刻を記載する。

(H)訪問終了の状況

症状が軽快した場合は「1軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合「2施設」、保険医療機関等入院した場合は「3医療機関」、死亡した場合は「4死亡」、これらに該当しない場合は「5その他」と記載し、その内容を記載する。

(I)死亡の状況

「ターミナルケア療養費」を算定した場合に記載する。

〈死亡年月日〉及び〈死亡時刻〉を記載し、〈死亡した場所〉は、自宅の場合は「1自宅」、介護保険施設等の場合は「2施設」、病院の場合は「3病院」、診療所の場合は「4診療所」をそれぞれ記載する。これらに該当しない場合は「5その他」を記載し、その場所を記載する。

(J)主治医

主治医の属する医療機関の名称、主治医の氏名、主治医に対して報告をした最終報告年月日を記載する。主治医の医療機関コードが確認できなかった場合は空欄でも差し支えない。

(K)情報提供先

訪問看護情報提供療養費を算定した場合に記載する。

(L)『訪問日』欄

訪問看護基本療養費および精神科訪問基本療養費を算定する場合は、該当する日付の欄に指定の記号を記載する。

1週間は日曜日を基点とする。(下記参照)

※指定訪問看護を行った日について

○ … 1日に1回訪問を行った場合

◎ … 1日に2回訪問を行った場合

- ◇ … 1日に3回以上訪問を行った場合
- ☆ … 専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合又は専門管理加算を算定した場合
- △ … 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき、指定訪問看護を行った場合
- … 長時間訪問看護加算を算定した場合
- ▽ … 複数名訪問看護加算を算定した場合
- ▲ … 訪問看護基本療養費(Ⅱ)又は精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した場合
- ▼ … 緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合

(M)特別管理加算

基準告示第2の5に規定する利用者(別表8該当者)に対して指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に下記の金額を算定できる。

別表8の41～46に該当する利用者…5,000円

別表8の47～59に該当する利用者…2,500円

(N)専門管理加算

専門管理加算イに該当する場合は「1緩和ケア」、「2褥瘡ケア」又は「3人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを記載する。

専門管理加算ロに該当する場合は「4特定行為」を記載の上、該当する特定行為コードを記載する。(参考資料【特定行為】)

「手順書交付年月日」には、手順書が交付された年月日を記載する。

「直近見直し年月日」には、利用者の主治医とともに、手順書の妥当性を検討した年月日を記載する。

②様式4-2

(A)訪問した場所

自宅の場合は「1自宅」、施設等の場合は「2施設」、上記に該当しない場合は「3その他」を○で囲む。

「2施設」に該当する場合は該当する施設等コードを、「3その他」の場合はその場所を()内に記載する。(参考資料「施設等コード」参照)

月途中で訪問先が変更になった場合等、複数に該当する場合は、該当するもの全てを○で囲む。

(B)心身の状態

訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作(ADL)の状態を具体的に記載する。

「基準告示」第2の1に規定する疾病等の有無や状態等、該当する番号をすべて○で囲む。別表7、別表8又は超重症児若しくは準超重症児に該当するものは、その利用者が該当する全ての疾病等について、該当するコードを「該当する疾病等」の欄に記載する。(参考資料「別表7」「別表8」「他」参照)

精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定した場合、当該月の初日の指定訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値に対応するコードと判定した年月日を「GAF」の欄に記載する。

(C)主たる傷病名

訪問看護指示書に基づいて記載する。

(D)指示期間

特別指示期間だけでなく指示期間も記載が必要。(特別指示期間のみは不可)

- ・指示期間(訪問看護指示書)・・・6か月以内
- ・特別指示期間(特別訪問看護指示書)・・・1月1回14日以内
(「気管カニューレを使用している状態にある者」「真皮を越える褥瘡の状態にある者」は月2回まで算定可)
- ・精神指示期間(精神訪問看護指示書)・・・6か月以内
- ・精神特別指示期間(精神特別訪問看護指示書)・・・1月1回14日以内

(E)訪問開始年月日

当該指定訪問看護を開始した年月日を記載する。

同月中に保険種別等の変更があった場合は、変更があった日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載する。

(F)訪問終了年月日時刻

医療保険での訪問を終了した年月日および最後に訪問した時刻を記載する。

(G)訪問終了の状況

症状が軽快した場合は「1軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合「2施設」、保険医療機関等に入院した場合は「3医療機関」、死亡した場合は「4死亡」、これらに該当しない場合は「5その他」を○で囲み()内にその内容を記載する。

(H)死亡の状況

「ターミナルケア療養費」を算定した場合に記載する。

「時刻」欄には死亡年月日及び時刻を記載し、「場所」欄は、該当する番号を○で囲む。「5その他」を選択した場合は()内にその場所を記載する。

(I)主治医

主治医の属する医療機関の名称、主治医の氏名、主治医に対して報告をした最終報告年月日を記載する。

(J)情報提供先

訪問看護情報提供療養費を算定した場合に記載する。

(K)『訪問日』欄

訪問看護基本療養費および精神科訪問基本療養費を算定する場合は、該当する日付の欄に指定の記号を記載する。

1週間は日曜日を基点とする。(下記参照)

※指定訪問看護を行った日について

○ … 1日に1回訪問を行った場合

◎ … 1日に2回訪問を行った場合

◇ … 1日に3回以上訪問を行った場合

☆ … 専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合又は専門管理加算を算定した場合

△ … 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき、指定訪問看護を行った場合

□ … 長時間訪問看護加算を算定した場合

▽ … 複数名訪問看護加算を算定した場合

(L)特別管理加算

基準告示第2の5に規定する利用者(別表8該当者)に対して指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に下記の金額を算定できる。

別表8の41～46に該当する利用者…5,000円

別表8の47～59に該当する利用者…2,500円

(M)専門管理加算

専門管理加算イに該当する場合は「1緩和ケア」、「2褥瘡ケア」又は「3人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを○で囲む。

専門管理加算ロに該当する場合は「4特定行為」を○で囲み、該当するコードを()内に記載する。

「手順書交付年月日」には、手順書が交付された年月日を記載する。

「直近見直し年月日」には、利用者の主治医と共に、手順書の妥当性を検討した年月日を記載する。

3 特記事項欄の記載について

特記事項	略称	内容	記載が必要な項目
1	他①	別表7・別表8の患者であって、他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合	●当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称
2	他②	別表7・別表8の患者であって、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合	
3	従	従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合	
4	特地	特別地域訪問看護加算を算定した場合	●利用者の住所 ●通常の場合、訪問に要する時間(片道)
5	介	要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険で算定している場合	
6	支援	在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合	
7	同一緊急	複数の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合	●算定日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日 ●算定日に、計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称
8	退支	利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合	●死亡日又は再入院日
9	連	看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	●介護職員等と同行訪問した日
10	緊急訪問看護の理由	緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算を算定した場合	●緊急の訪問看護を実施した日 ●緊急訪問看護の理由

ア 「1 他①」または「2 他②」に○がある場合

他の1つ(2つ)のステーションから訪問看護を受けている場合、その名称と所在地を記載。

また「主たる傷病名」が「1 別表7」「2 別表8」のいずれかに該当していなければならない。

イ 「5 介」に○がある場合…介護保険利用者(要支援・要介護認定者)

(1)「主たる傷病名」が「1 別表7」に該当する。

(2) 特別指示期間(精神特別指示期間)である。

(3) 精神科基本療養費を算定しており、かつ主傷病名が認知症以外の病名。(他の精神疾患ならば1つのみでも認める)

4 明細書の記載要領(その他)

(1)紙媒体での提出方法について

ア 編綴方法

訪問看護療養費を請求するときは「訪問看護療養費総括表(以下「総括表」という)」「訪問看護療養費請求書(以下「請求書」という)」「訪問看護療養費明細書(以下「明細書」という)」を作成し、「総括表」「請求書」「明細書」の順にし、国保(県内)、国保(県外)、連記式、後期をそれぞれ別にし、左上を紙縫り又はホッチキス等で留める。

(「総括表」「請求書」の様式は本会 HP に掲載されています。)

イ 再請求方法

返戻や月遅れ請求等があった場合は、当月請求分の総括表及び請求書に合算して請求する。

請求書等に記載した数字等の修正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝で抹消の上、正しい数字等を記載する。(訂正印の押印は不要。)

明細書は新しく作成せず返戻になった明細書を修正し再請求する。なお、やむを得ず明細書を再作成した場合は、返戻付箋を貼り替え、再作成した明細書のみを請求する。

また、請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用し、訂正する際は明細書枠内に記載する。

ウ 提出方法

郵送持参ともに毎月10日必着ですが、受付協力日までのご提出にご協力ください。

(10日以降に到着したものは、受付ができない場合もあります。)

エ 提出先

〒371-0846

群馬県前橋市元総社町335番地の8

(群馬県市町村会館内)

群馬県国民健康保険団体連合会 審査第一課 宛

5 総括表及び請求書の記載方法について

※総括表、請求書は紙媒体で請求する際には必ず添付してください。
オンラインで請求した分は件数や請求額に含めずに紙で請求する件数と金額で作成してください。

※総括表は国保、後期それぞれ1枚です。
月遅れ請求分があった場合でも診療月ごとに作成せずに当月分と合算して1枚で請求してください。

(1) 国保診療報酬請求総括表の記載方法について

1

令和 年 月分 国民健康保険診療報酬請求総括表〔県内・県外〕

表別

1 医科

3 歯科

4 調剤

6 訪問

県番 医療機関等コード

10

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

2	保険者名	保険者番号	3	保険種別	4	5	6	件数	公費分件数 (別掲)	福祉分件数 (別掲)	点数
			1	一般	4	退職					
			1	一般	4	退職					
			1	一般	4	退職					
			1	一般	4	退職					

- ① 青枠 内は全て記載する。
月遅れ請求がある場合でも診療年月は当月(請求月－1月)のみを記載する。
- ② マイナ保険証等を確認し記載する。
(保険者名は患者名ではなく自治体等の保険者名称を記載する。)
- ③ 保険種別は「1一般」に○を付ける。
- ④ 総括表右下の「本家入外区分」を参照し該当する番号を記載する。
(「6家族」は「2本人」と合算し、「2本人」として記載する。)
- ⑤ 本家入外区分にあった割合を記載する。
- ⑥ 請求書に記載したものを転記する。
点数欄には請求金額を記載する。

(2) 訪問看護療養費請求書(国保)の記載方法について

1 保険者 令和7年 1月分 訪問看護療養費請求書 御中 訪問看護ステーション の所在地及び名称 電 話 番 号 指 定 訪 問 看 護 事 業 者 氏 名 下記のとおり請求する。 令和 年 月 日 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">保険者番号</th> <th style="width: 10%;">県番号</th> <th style="width: 40%;">医療機関コード</th> <th style="width: 30%;">表別</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </table>										保険者番号	県番号	医療機関コード	表別	10	10		6
保険者番号	県番号	医療機関コード	表別														
10	10		6														
2 3																	
区 分	件 数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日 数	金 額	負 担 金 額	備 考										
国	七〇歳以上一般																
	※																

- ① 青枠 内は全て記載する。
- ② 「件数、公費分件数、福祉分件数、日数、金額、負担金額」はレセプトの本家入外区分ごとに集計して記載する。
 高齢受給者8割は「請求①70歳以上一般・低所得」に記載する。
 「請求④被保険者 割」には何も記載しない。
- ③ 「負担金額」はレセプトの「保険負担金額」又は「保険一部負担金額」に記載があった場合に本家入外区分ごとに集計して記載する。

※同保険者で本家入外区分の異なるレセプトがあった場合、請求書は区分ごとに分けて作成するのではなく、1枚で作成する。

※請求書は請求先市町村ごとに作成する。

(3) 後期高齢者医療診療報酬等請求総括表の記載方法について

1 令和 年 月分 後期高齢者医療診療報酬等請求総括表 <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">表</td><td style="padding: 2px;">医 科</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">別</td><td style="padding: 2px;">歯 科</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"></td><td style="padding: 2px;">調 剤</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"></td><td style="padding: 2px;">訪 問</td></tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">医療機関等コード</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">保険医療機関等の 所在地及び名称</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">電 話 番 号</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">開 設 者 氏 名</td> </tr> </table>										表	医 科	別	歯 科		調 剤		訪 問	医療機関等コード	保険医療機関等の 所在地及び名称		電 話 番 号		開 設 者 氏 名
表	医 科																						
別	歯 科																						
	調 剤																						
	訪 問																						
医療機関等コード	保険医療機関等の 所在地及び名称																						
	電 話 番 号																						
	開 設 者 氏 名																						
2 広域連合所在 都道府県名		3 割合等		入	院	4		入	院	外													
				件 数	点 数			件 数	点 数	点 数													
		一・低 7																					
		一・低 7																					

- ① 青枠 内は全て記載する。
- ② 請求先広域連合の所在都道府県名を記載する。
(群馬県を先頭に県内、県外で用紙を分けずに1枚に全て記載する。)
- ③ どちらか該当する方を○で囲む。
「一・低」…一般Ⅰ、Ⅱ、低所得Ⅰ、Ⅱ
「7」…現役並みⅠ、Ⅱ、Ⅲ
- ④ 請求書に記載した件数と金額を記載する。
点数には請求金額を記載する。
「一・低」の件数、点数は「9割」と「8割」を分け、2行で記載せずに、合算した数字を1行で記載する。

1	令和 年 月分 訪問看護療養費請求書																										
保険者 後期高齢者医療広域連合様	訪問看護ステーション の所在地及び名称 電話番号 指定訪問看護 事業者氏名																										
下記のとおり請求する。																											
令和 年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="6">保 険 者 番 号</th> <th>県番号</th> <th colspan="4">ステーションコード</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">1 0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	保 険 者 番 号						県番号	ステーションコード				3	9		/	/	/	1 0						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>表別</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </table>	表別	6
保 険 者 番 号						県番号	ステーションコード																				
3	9		/	/	/	1 0																					
表別																											
6																											
後 期 高 齢 者 医 療																											
2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>件 数</th> <th>日 数</th> <th>金 額</th> <th>負 担 金 額</th> </tr> </table>	件 数	日 数	金 額	負 担 金 額																						
件 数	日 数	金 額	負 担 金 額																								
後 期 高 齢 一 般 ・ 低 所 得	請求① ※決定																										
後 期 高 齢 7 割	請求② ※決定																										
公 費 負 担 医 療 (再 掲)																											
3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>件 数</th> <th>日 数</th> <th>金 額</th> <th>負 担 金 額</th> <th>基 本 利 用 料</th> </tr> </table>	件 数	日 数	金 額	負 担 金 額	基 本 利 用 料																					
件 数	日 数	金 額	負 担 金 額	基 本 利 用 料																							
請 求 ※決定																											

- ※請求書は、請求先都道府県ごとに作成する。

◀ 参考資料 ▶

【施設等コード】

コード	施設等
01	社会福祉施設及び身体障害者施設
02	小規模多機能型居宅介護
03	複合型サービス
04	認知症対応型グループホーム
05	特定施設
06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設

【別表7】

コード	疾病、状態等
01	末期の悪性腫瘍
02	多発性硬化症
03	重症筋無力症
04	スモン
05	筋萎縮性側索硬化症
06	脊髄小脳変性症
07	ハンチントン病
08	進行性筋ジストロフィー症
09	パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る))
10	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
11	プリオン病
12	亜急性硬化性全脳炎
13	ライソゾーム病
14	副腎白質ジストロフィー
15	脊髄性筋萎縮症
16	球脊髄性筋萎縮症
17	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
18	後天性免疫不全症候群

19	頸髄損傷
20	人工呼吸器を使用している状態の者

★パーキンソン病は、傷病名欄に必ず重症度を記載すること。(パーキンソン病のみは不可)

【別表8】

コード	疾病、状態等	特別管理加算
41	在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者	5,000 円
42	在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者	
43	在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者	
44	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
45	気管カニューレを使用している状態にある者	
46	留置カテーテルを使用している状態にある者	
47	在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	2,500 円
48	在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
49	在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
50	在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
51	在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
52	在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
53	在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
54	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
55	在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
56	在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
57	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
58	真皮を越える褥瘡の状態にある者	
59	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	

【他】

コード	疾病、状態等
91	超重症児
92	準超重症児

【GAF 尺度により判定した値】

コード	GAF 尺度により判定した値
01	GAF 尺度100－91

02	GAF 尺度 90－81
03	GAF 尺度 80－71
04	GAF 尺度 70－61
05	GAF 尺度 60－51
06	GAF 尺度 50－41
07	GAF 尺度 40－31
08	GAF 尺度 30－21
09	GAF 尺度 20－11
10	GAF 尺度 10－1
11	GAF 尺度 0
20	家族への訪問看護であり GAF 尺度による判定が行えなかった (当該月に利用者本人への訪問看護を行わなかった)

【特定行為】

コード	特定行為
01	気管カニューレの交換
02	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
03	膀胱ろうカテーテルの交換
04	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
05	創傷に対する陰圧閉鎖療法
06	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
07	脱水症状に対する輸液による補正