

令和 5 年度

医療保険事務講習会

[第 1 回] 令和 5 年 6 月 14 日 (水)

[第 2 回] 令和 5 年 6 月 15 日 (木)

会場：新宿文化センター 大ホール

主 催

公益社団法人東京都医師会・東京都福祉保健局

次 第

挨 拶

1. 保険診療と請求の基本的事項について

[14日・15日]

清水 孔嗣(東京都福祉保健局 指導監査部指導第三課医事専門課長)

2. 公費負担医療(東京都医療費助成制度等) の取扱い上の留意点について

①. ② 医療費助成制度

[14日・15日]

武内 幸子(東京都福祉保健局 保健政策部医療助成課課長代理(医療給付担当))

②. ② 以外の医療費助成制度

[14日] 佐浦 美加(東京都福祉保健局 保健政策部医療助成課課長代理(助成担当))

[15日] 湯川 綾 (東京都福祉保健局 保健政策部医療助成課課長代理(医療助成担当))

3. 診療報酬請求書等の留意点について

①. 社会保険関係

[14日・15日]

東條 裕明(社会保険診療報酬支払基金 関東審査事務センター
事業管理課事業管理第2係長)

②. 国民健康保険関係

[14日・15日]

染野 祥太(東京都国民健康保険団体連合会 企画事業部管理課管理係係長)

目 次

1. 保険診療と請求の基本的事項について	1
2. 公費負担医療（東京都医療費助成制度等） の取扱い上の留意点について	
① ① 医療費助成制度	21
② ② 以外の医療費助成制度	29
3. 診療報酬請求書等の留意点について	
① 社会保険関係	123
② 国民健康保険関係	138

1. 保険診療と請求の基本的事項について

令和5年度 医療保険事務講習会（医科）

公益社団法人 東京都医師会
東京都福祉保健局

※ 一部当日スライドと内容が異なる場合があります。

1

保険診療における留意点 ～医療DXの奔流を目前として～

2023年6月
東京都福祉保健局 指導監査部
指導第三課 清水 孔嗣

2

本日の内容

- 1 イン트로ダクション
- 2 保険医療制度について
- 3 保険医療機関及び保険医療養担当規則
- 4 保険医療を取り巻く医療DXの急速な進展
- 5 診療録（とくに電子カルテシステムの場合）

3

[1] イン트로ダクション

4

法（法律とか法令とか）って何？

世のなかで使われている「法令」という言葉の種類をみてみましょう。

たとえば、誰が決めたか？で分けてみると

- 「法律」 →国会（国民の代表）が決めたきまり
- 「政令」 →内閣（時の政府）が決めたきまり
- 「省令」・「規則」 →大臣・行政委員会が決めたきまり
- 「告示」 →役所からみんなに向けたお知らせ（きまり）
- 「通知」 →役所から関係者に向けたお知らせ（きまり）

- 「条例」 →自治体議会（住民の代表）が決めたきまり
- 「規則」 →地方自治体の長が決めたきまり

コンプライアンスって何？

「コンプライアンス」という言葉

Comply→応じる・従う 名詞形→Compliance

法令の遵守=コンプライアンス

その意義は何か？

（遵守するのは「法令」だけか？）

コンプライアンス（法令遵守）って何？

形式的・外形的に「遵守する」という意識にとどまらず、
「法が実現しようとしている意思は何か？」という視点が重要

- 患者への責任→患者の保護（安全・人権）
- 医療機関としての社会的責任→公平・公正
- 医療従事者としての責任および自身の保護

こういった視点から「法令」を見ていく必要が求められているのではないか

7

医療に関連する法令はたくさんある-1-

- 医療機関・医療提供体制に関する法律
→医療法
- 医療従事者に関する法律
→医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、薬剤師法、診療放射線技師法、歯科衛生士法、歯科技工士法 ほか
- 公衆衛生・保健衛生に関する法律
→感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 母体保護法 ほか
- 薬事等に関する法律
→医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、麻薬及び向精神薬取締法 毒物及び劇物取締法 ほか

8

医療に関連する法令はたくさんある-2-

- **保険診療に関する法律**

- 健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律
ほか

- **労働に関する法律**

- 労働者災害補償保険法、労働基準法、労働安全衛生法、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律
ほか

- **社会福祉に関する法律**

- 生活保護法、児童福祉法、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、介護保険法
ほか

- **その他の関連法規**

- がん登録等の推進に関する法律、難病の患者に対する医療等に関する法律、肝炎対策基本法、自動車損害賠償保障法、**廃棄物の処理及び清掃に関する法律、個人情報保護に関する法律**、死体解剖保存法、臓器の移植に関する法律、墓地、埋葬等に関する法律 etc

9

[2] 保険医療制度について

10

保健：health
≠
保険：insurance

「ほけん」という言葉は似ていますが、
「保険」は医療提供体制を支える「制度」

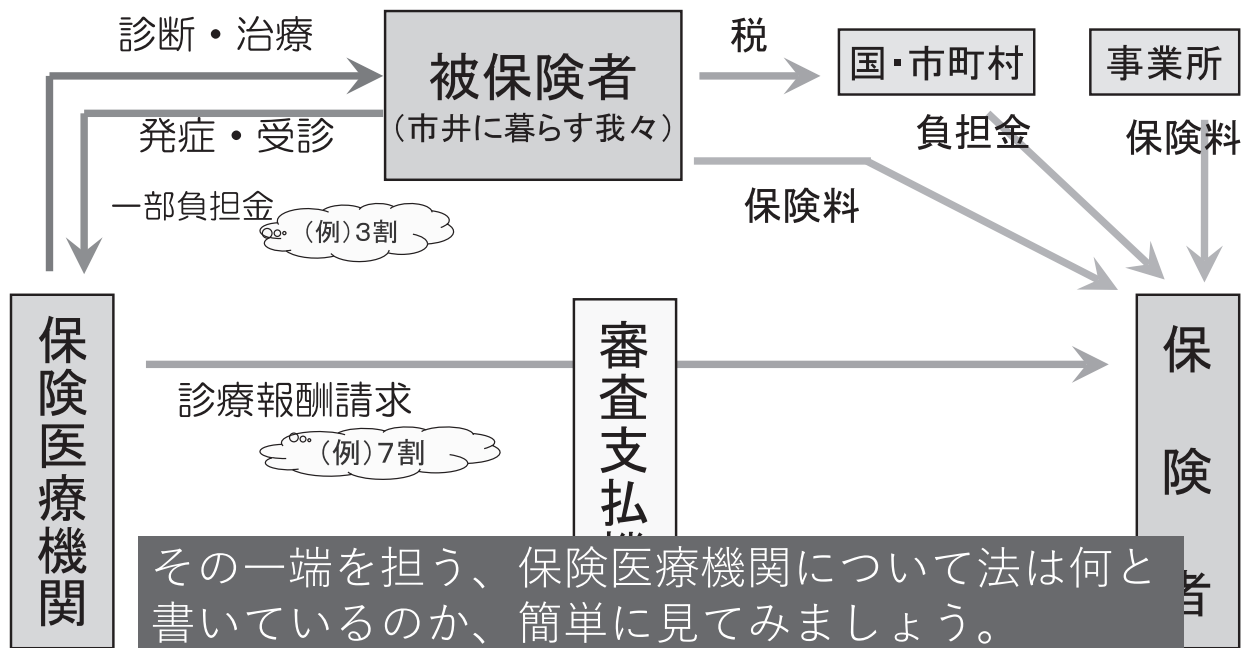
11 11

わが国の「保険医療制度」の特徴

- 国民皆保険制度 … すべての国民（住民）が、何らかの公的医療保険に加入している。
- 現物給付制度 … 医療行為（現物）が直接「被保険者」へ保険給付される。（その費用は保険者から医療機関へ事後に支払われる。）
- フリーアクセス … 患者自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

12 12

「保険」としての療養の給付の流れ



13

保険医療機関



• 保険医療機関の指定

- 病院もしくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

(健康保険法第65条)

• 保険医療機関の責務

- 厚生労働省令※で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない。(健康保険法第70条)
- 療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。

(健康保険法第76条2項)

※「保険医及び保険医療機関療養担当規則」

14

保険医



• 保険医の登録

– 保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師若しくは歯科医師・・・は、厚生労働大臣の登録を受けた医師若しくは歯科医師（以下「保険医」と総称する。）

・・・でなければならない。（健康保険法第64条）

• 保険医の責務

– 診療に従事する保険医は、厚生労働省令※で定めるところにより、健康保険の診療・・・に当たらなければならない。（健康保険法第72条）

※「保険医療機関及び保険医療養担当規則」

15

保険医療制度への参画

• 健康保険法等の医療保険各法に基づく、

保険者と保険医療機関との間の公法上の契約

• 保険医療機関の指定、保険医の登録を受けるのは、医療保険各法等に規定されている 保険診療のルールを理解し、履行することが前提

ということで、療養担当規則の概略を見てみましょう。

16

[3] 保険医療機関及び保険医療養担当規則 いわゆる「療担規則」

17

「医療機関及び保険医療養担当規則」とは
通称『療担規則』（厚生労働大臣の定める省令）

- 第1章 保険医療機関の療養担当 1条から11条の3まで
療養の給付の担当範囲、担当方針 等
- 第2章 保険医の診療方針等 12条から23条の2まで
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等
- 第3章 雑則
法文の読み替え規定等（通常は省略される）

保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で順守すべき基本的原則

第1章 保険医療機関の療養担当

1条から11条の3までの見出し項目（抜粋）

- 療養の給付の担当の範囲 ⇒診察、薬剤・材料、処置手術
居宅療養管理、入院・看護
- 療養の給付の担当方針 ⇒療養上妥当適切に対応
- 診療に関する照会 ⇒他機関からの照会に対応
- 適正な手続きの確保 ⇒申請、届出、費用請求を適正に実施
- 健康保険事業の健全な運営の確保（努力義務）
- 経済上の利益の提供による誘引の禁止
- 特定の保険薬局への誘導の禁止
- 掲示 ⇒別に大臣が定める事項を掲示
- 受給資格の確認
- 要介護被保険者等の確認
- 一部負担金等の受領
- 領収証等の交付 ⇒領収書・明細書を交付
- 診療録の記載及び整備 ⇒給付の担当に必要な事項を記載
- 帳簿等の保存 ⇒診療録にあっては完結の日から5年

19

第2章 保険医の診療方針等

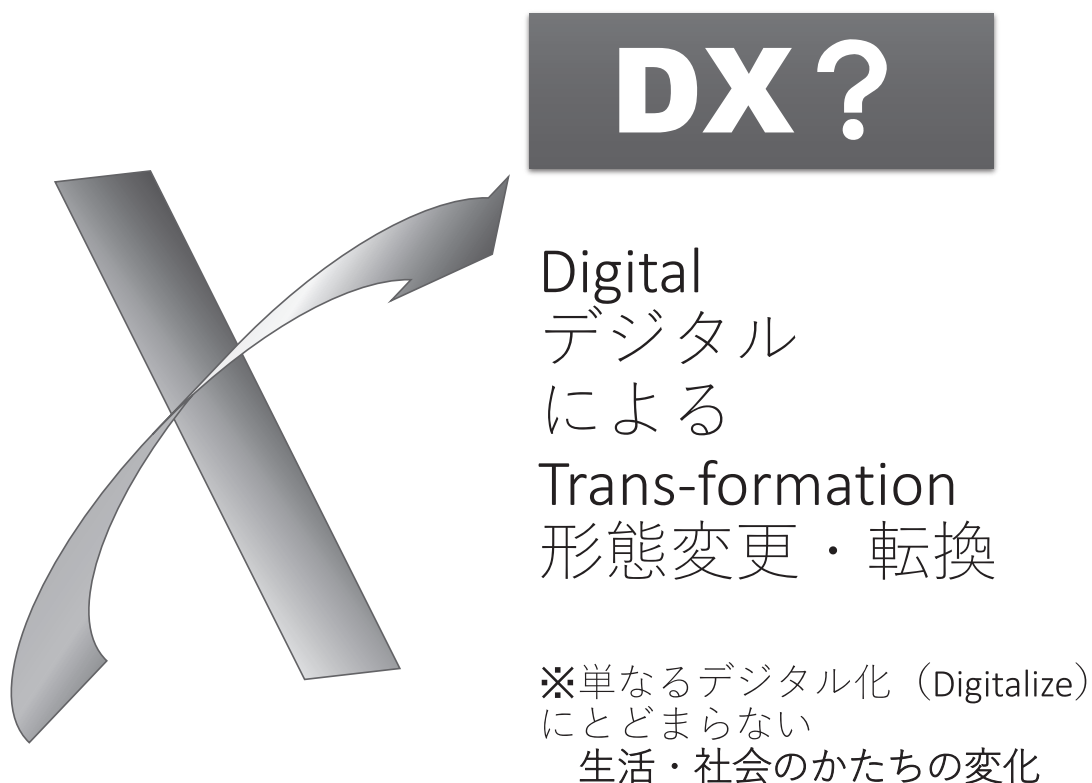
12条から23条の2までの見出し項目（抜粋）

- 診療の一般の方針 ⇒的確な診断、診療を妥当適切に実施
- 療養及び指導の基本準則 ⇒懇切丁寧
- 指導 ⇒医学の立場を堅持し適切な指導を実施
- 転医及び対診 ⇒転医対診につき適切な措置
- 診療に対する照会 ⇒他の機関、保険医からの照会に対応
- 特殊療法等の禁止
- 使用医薬品及び歯科材料 ⇒大臣の定める医薬品以外の禁止
- 健康保険事業の健全な運営の確保（努力義務）
- 特定の保険薬局への誘導の禁止
- 診療の具体的方針 ⇒診察、投薬、処方箋交付、注射、
手術・処置、リハ、居宅療養 ほか
- 診療録の記載 ⇒遅滞なく様式一号に必要事項を記載
- 処方箋の交付 ⇒保険薬剤師からの疑義照会に対応
- 適正な費用の請求の確保（努力義務）

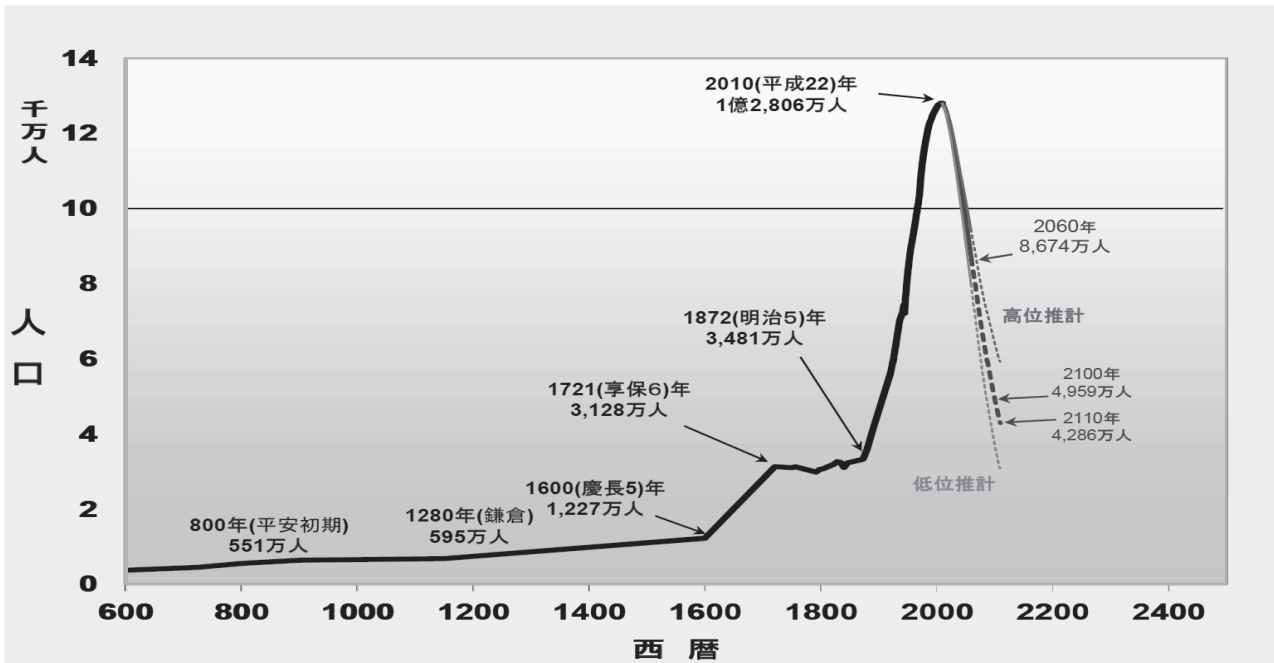
20

[4] 保険医療を取り巻く 医療DXの急速な進展

21

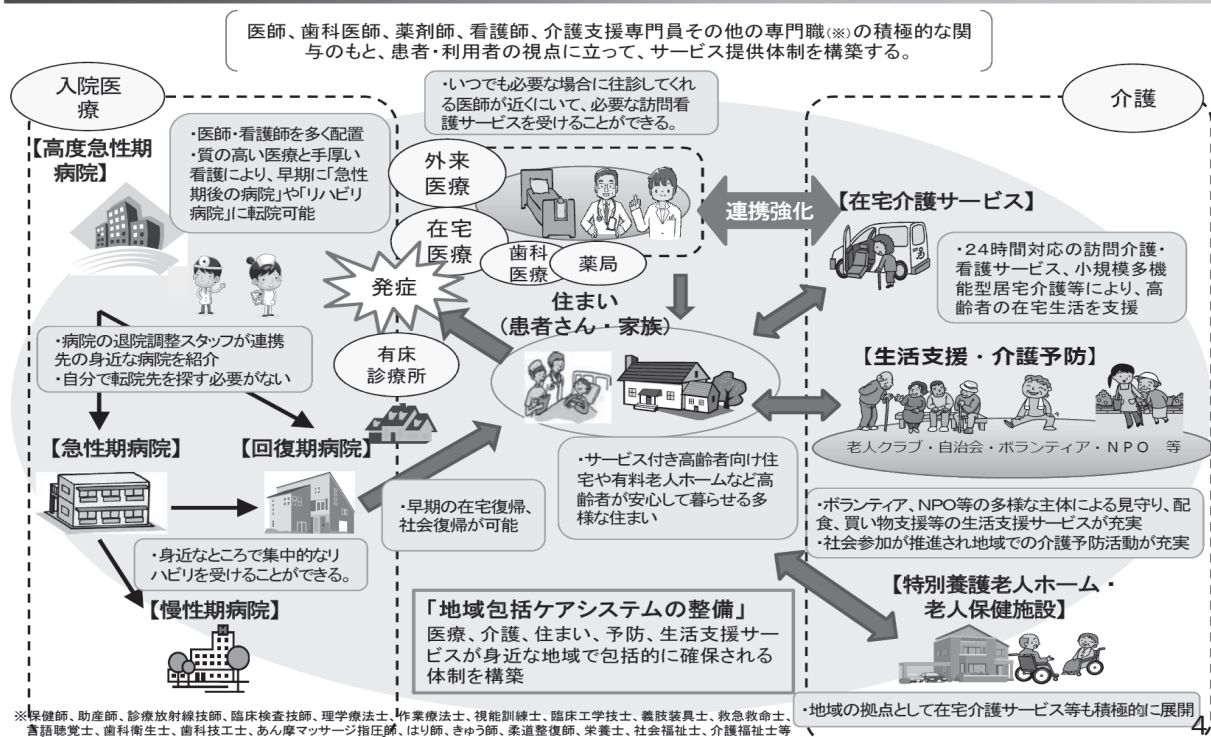


日本人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」)2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

地域包括ケアシステムモデルの例



医療DX（DigitalTransformation） へのシフト転換（で、現場の労力をへらそう）

●2022年6月「経済財政諮問会議」

⇒「医療DX推進本部」を設置

- ・PHR（パーソナルヘルスレコード）の推進
- ・全国医療情報共通基盤創設、電子カルテ情報の標準化等 ※電子レセプト請求（現在保険医療機関の96%）

⇒オンライン資格確認の義務化

⇒電子処方箋、医療3文書6情報の標準化、訪問・あはき電子化 . . .

25

医療DX（DigitalTransformation）の急速な進展

●2022年12月「全世代型社会保障構築会議報告書」

Ⅲ章 3. 医療・介護制度改革

④医療・介護分野等におけるDXの推進

・医療DXの実装化-

特に、医療DXについては、以下の3点について検討を進めているところであり、**早急に実装化すべき**である。

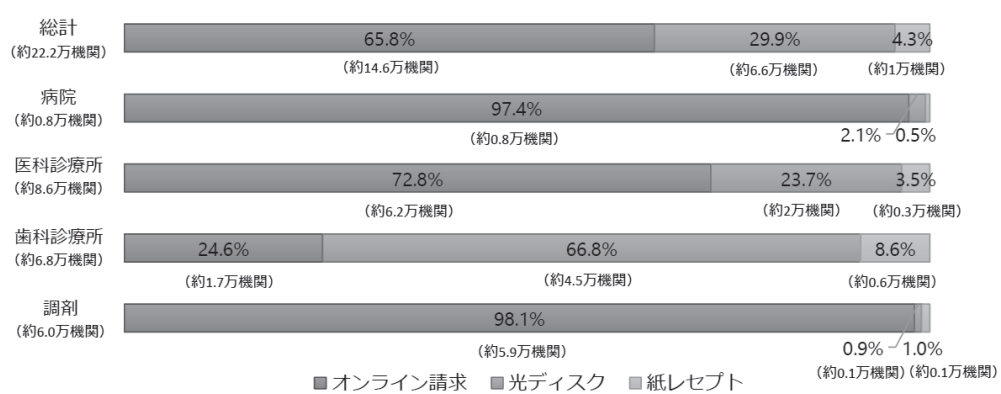
- ✓ オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加えて、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療・介護全般にわたる情報について共有・交換できる**全国的なプラットフォーム（全国医療情報プラットフォーム）を創設すること**
- ✓ 医療情報の共有や交換を行うにあたり、**その形式等を統一すること**（電子カルテ情報の標準化）、その他、電子カルテデータについて、治療最適化やAI等を用いた新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用すること
- ✓ 医療保険制度全体の運営コスト削減につなげるため、デジタル人材の有効活用やシステム費用の低減等の観点から、**デジタル技術を活用して、診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化すること**

26

(参考) レセプトの請求状況

- 診療報酬の請求については、電子請求（オンラインでの請求又は光ディスクでの請求）が義務付けられているが、
 - ① 手書きでレセプトを作成している医療機関・薬局や
 - ② 電子請求の義務化時点で65歳以上の医師等※の医療機関・薬局 ※現時点で75歳以上程度
 については、当該義務の例外として紙レセプトでの請求が認められている。
- ⇒ 現在、全医療機関・薬局のうち約66%はオンラインでの請求、約30%は光ディスクでの請求、約4%は紙での請求。

【レセプトの請求状況】

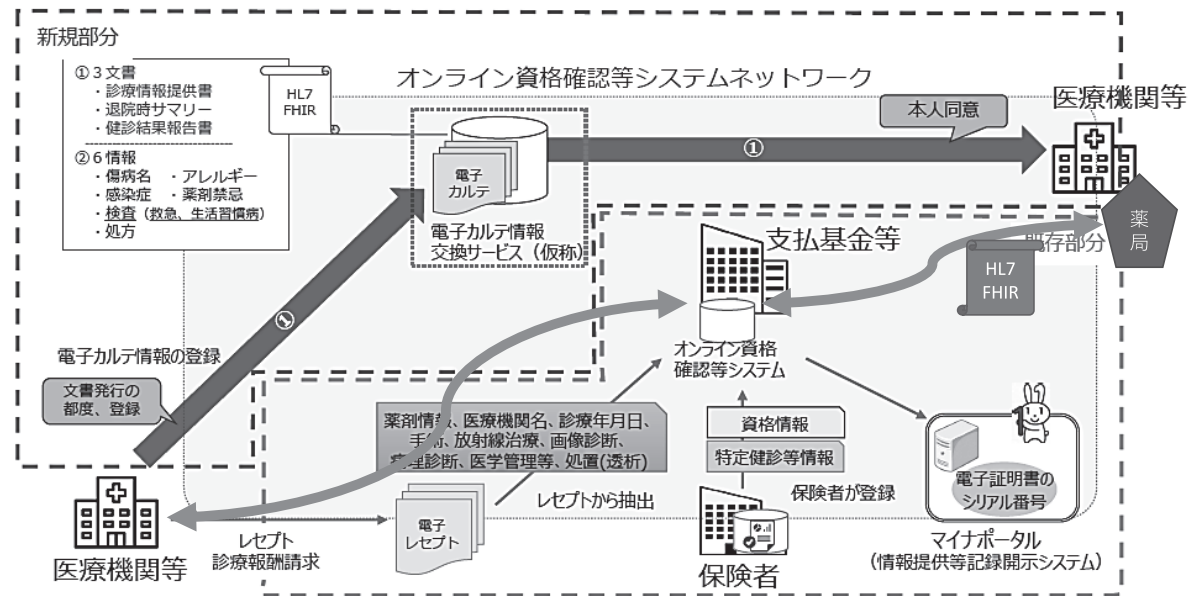


※四捨五入等の関係上、合計が不一致の場合がある。施設数はレセプト請求機関ベース、令和4年3月時点。

考えられる実装方法 (イメージ)

第4回 健康・医療・介護情報利活用検討会
医療情報ネットワークの基盤に関するWG
(令和4年5月16日)
をベースに一部加工

全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。



① 医療機関等の中でやり取りする3文書情報について、既存のオンライン資格確認等システムのネットワーク上で相手先の医療機関等に送信し、相手先の医療機関等において本人同意の下で同システムに照会・受信できるようにしてはどうか。

送受信方式

標準規格の導入に係る取組の推進

診療録管理体制加算の見直し

- 医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

改定後

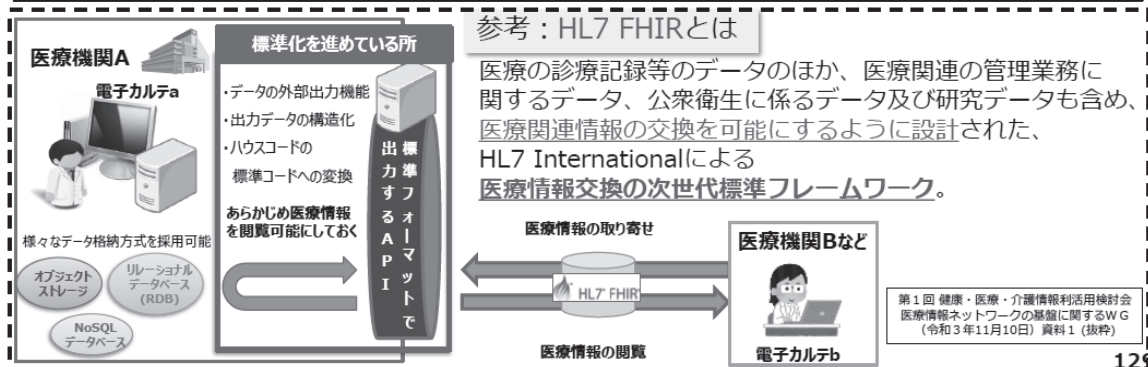
【診療録管理体制加算（入院初日）】

[施設基準]

3 届出に関する事項

(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

(2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添様式により届け出ること。



[5] 診療録（とくに電子カルテシステムの場合）について

診療録の法的根拠

健康保険法に基づく「保険医療機関及び保険医療養担当規則」のほか、医師法において、本文中に直接規定されており、かつ、同法中に罰則の規定も定められている大変重要な義務であることに留意

医師法

第二十四条 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、五年間これを保存しなければならない。

第三十三条の二 次の各号のいずれかに該当する者は、**五十万円以下の罰金**に処する。
一 第六条第三項、第十八条、第二十条から二十二条まで又は第二十四条の規定に違反した者

31

診療録（電子カルテ）の留意点①

厚生労働省のガイドライン（医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.2版(R4年3月)→6.0版(R5年x月)）に沿って、運用しなくてはならない。

■ 電子カルテの導入に際しては、電子保存の3原則を満たす運用方法を確認し、要件に適合するように運用を実施する。

●真正性の確保

タイムスタンプや修正履歴等を含め改ざんが防止され、かつ、作成者が明らかであること

●見読性の確保

記録が整然とモニタ等に表示され、及び書面に出力できること

●保存性の確保

バックアップシステムなど情報が復元可能な状態で必要な期間安全に保存できること

診療録（電子カルテ）の留意点②

■ 管理者の選任と自院の「運用管理規程」の作成

■ ID・パスワード等の適切な管理

- ・アクセスIDは、使用者ごとに付与する（なりすまし防止）。
- ・ログイン認証は「情報システムガイドライン」に準拠して設定する（パスワードonlyから多要素認証へ）。

■ スタッフに対する定期的な情報管理の安全研修

診療録（電子カルテ）の留意点③

システム導入に際して、**ネットワーク化を前提**として信頼できるベンダー（電子情報機器納入者）を選ぶことは重要

- オンライン回線（VPN）の安全性は非常に重要
⇒接続回線についてしっかり相談できるか
- 本体ソフトウェアのみならず、接続系周辺アプリやファームウェアのバージョンアップについても留意
- 厚労省ガイドラインや、医療GXの動向について、ベンダーの担当者が熟知しているか

本日のまとめ

- コンプライアンスは自身も護る
- 医療DXの奔流は始まっている
- 高齢社会・現役減少社会に対応する必要
- 診療録作成は医師として、保管は医療機関として重大な責務

35

できることは、始めよう。

36

ご清聴ありがとうございました。

2. 公費負担医療（東京都医療費助成制度等） の取扱い上の留意点について

①. ② 医療費助成制度

マル都等医療費助成制度

※ここでは指定難病(法別54)、小児慢性特定疾病(法別52)の医療費助成制度を含めてマル都等として説明します。

1

【1】(都)等医療費助成制度の目的

- 疾病治療の促進や治療研究の推進、患者の医療費負担の軽減など



- 患者などからの申請に基づき、審査を経て、認定された患者に対し、制度ごとに(都)医療券又は受給者証を交付

(以後は「医療券等」と略して説明します。)

2

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(1) ①医療券等に記載された病名に対する診療であるか

- ・助成対象範囲は、いわゆる「疾病限定」
- ・副作用等に対する治療は助成対象外

ただし、ウイルス肝炎治療医療費助成制度では、認定された治療による軽微な副作用が発生し、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療は助成対象

3

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(2) 有効期間内に受けた治療であるか

- ・有効期間外に受けた治療は助成対象外
※有効期間は医療券等に記載されています。

- ・有効期間外の公費併用レセプト請求への対応

→医療機関へ過誤通知※を送付し、当該レセプトの取下げと、公費をはずした保険単独レセプトでの再請求をお願いしています。

※「公費負担医療費の請求・支払について」という通知が届いた場合は上記対応をよろしく願います。

1

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(3) 医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療制度）または介護保険法が適用されているか

- ・保険外の負担や自費診療は助成対象外
- ・医療費等として助成する金額は、高額療養費相当額を除いた金額

→医療保険の自己負担限度額を超えた公費併用レセプトが提出された場合は、医療機関へ過誤通知※(前頁参照)を送付し、当該レセプトの取下げと特記事項欄を訂正しての再請求をお願いしています。

5

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(4) 患者一部負担額の算定

- ・制度により患者一部負担額のないものと、限度額を設定しているものがある。所定の負担額を算定する。
※限度額は医療券等に記載

- ・難病、小児慢性及び肝炎の自己負担額は合算
→各医療機関における入院・外来・調剤等を合算し、
月額自己負担限度額まで算定する。

⇒管理票で確認し、既に月額自己負担限度額に達していれば負担なし。(負担あれば管理票に記載)

6

医療券等の例と注意事項（まとめ）

The image shows three examples of medical vouchers from Tokyo, each with a red box highlighting a specific area and a callout box with a number:

- Example 1 (Left):** A 'Specified Medical Fee (Specified Disease) Beneficiary Certificate'. Callout ① points to the 'Disease Name' field, and callout ③ points to the 'Insurance Applicable Treatment' field.
- Example 2 (Middle):** A 'Tokyo Medical Voucher'. Callout ② points to the 'Valid Period' field, and callout ④ points to the 'Self-payment Amount' field.
- Example 3 (Right):** A 'Tokyo Medical Voucher (Self-payment not applicable)'. Callout ④ points to the 'Self-payment Amount' field.

Each voucher also includes a '見本' (Sample) stamp and a reference to a specific Tokyo Metropolitan Ordinance (e.g., '54 Ordinance' or '51 Ordinance').

【3】医療費の助成方法

(1) 現物給付

窓口での医療券等の提示で、患者一部負担額を軽減し、公費分を都へ請求する。

【請求方法】

- ①公費併用レセプト
- ②東京都負担医療費請求書等(10名連記式)
→保険単独レセプト+公費分を所定用紙で都へ請求

※医療機関の窓口で(都)医療券を適用するには、東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都薬剤師会に御加入になっているか、東京都と個別に契約していただく必要があります。(法別52、54の受給者証の方については契約は必要ありませんが、各制度の指定医療機関の指定を受ける必要があります。)

①公費併用レセプト記載上の注意事項（その1）

- 難病（法別54）及び小児慢性疾患（法別52）は、受給者証等に記載されている適用区分を確認し、レセプトの特記事項欄を正しく記載してください。
- 受給者証等の適用区分が空欄の場合
〔69歳以下の方の場合〕
特記事項欄は空欄、摘要欄等に「区分不明のため」と記載。
〔70歳以上の方の場合〕
負担割合が1割又は2割の場合 ⇒ 負担区分の取扱は「エ」（Ⅲ）。
負担割合が3割の場合 ⇒ 負担区分の取扱は「ア」（Ⅵ）。
ただし、限度額適用認定証の提示があった場合は、限度額適用認定証の区分どおり記入。

9

①公費併用レセプト記載上の注意事項（その2）

- 医療券の認定条件欄に「特定疾病療養受療証も合わせて提示してください」と表示されているものは、必ず特定疾病療養受療証も確認し、特記事項欄に「02長」又は「16長2」と記載してください。

【対象】

人工透析を必要とする腎不全の医療券（負担者番号：82138009）を持つすべての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等の医療券（負担者番号：51137016）をお持ちの一部の方

10

②東京都負担医療費請求書等（10名連記式）の対象

- 他道府県の国保・後期高齢と(都)医療券の負担者番号が「82・83・87」で始まるものとの併用
- 他の医療費助成制度の一部負担額を(都)医療券の負担者番号が「82・83・87」で始まるもので請求する場合（社保は併用レセプトで請求可）
- 介護保険と(都)医療券の負担者番号が「83」で始まるものとの併用

※負担者番号「38・51・52・54」は併用レセプトで請求が可能です。

11

【3】医療費の助成方法

(2) 現金給付

窓口で医療券等が適用ができない場合に
ご本人が直接請求して返金を受ける方法

→「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」による還付申請

※申請には医療機関による証明（公費対象の診療の証明）が必要になります。ご協力よろしくお願いします。

12

※現金給付の対象

- 医療券等に記載された有効期間の開始日から医療券等が交付されるまでの間に支払った医療費
- 東京都と契約していない医療機関等で支払った医療費
- 医療保険の変更等により月額自己負担限度額が減額された医療券等の交付を受けていたものが、減額後の医療券等の交付を受けるまでの間に、旧医療券等により患者一部負担金として支払った医療費

13

※医療費支給申請書記載上の注意事項

- 有効期間外であるものは証明しない
- 助成対象の診療分のみ証明する
- 自己負担限度額を超えない場合は、患者の了承を得た上で証明する
- 医療機関コード、担当者名及び所属を必ず記入する

14

2. 公費負担医療（東京都医療費助成制度等） の取扱い上の留意点について

②. ③以外の医療費助成制度

② 公費負担医療の取扱い上の留意点について(マル都以外)

東京都福祉保健局
保健政策部医療助成課

- ④ 心身障害者医療費助成制度(マル障)
- ⑤ ひとり親家庭等医療費助成制度(マル親)
- ⑥ 乳幼児医療費助成制度(マル乳)
- ⑦ 義務教育就学児医療費助成制度(マル子)
- ⑧ 高校生等医療費助成制度(マル青)(R5.4～)

■〈助成対象〉

- 医療に関する給付が行われた場合の医療費
⇒医療保険の自己負担分を助成する。
- 上記5制度のうち、複数の制度の要件を満たす者であっても、重複して受給者証を保持することはできない(いずれかひとつ)。

■〈制度の実施主体〉

- マル障:東京都 / マル親乳子青:区市町村

(法別80) 心身障害者医療費助成制度 (マル障)

【対象者】

- ・身体障害者手帳1級、2級(内部障害は3級まで)
- ・愛の手帳1度・2度

★精神障害者保健福祉手帳1級
(平成31年1月診療分から適用開始)

➤対象除外

- ①生活保護受給者
- ⑤重度障害者になった年齢が65歳以上である者
- ⑥重度障害者になった年齢が65歳未満でも、
65歳に達する日の前日までに申請しなかった者 など

【実施主体】

東京都

(受給者証の交付等の事務は区市町村窓口)

精神障害者の受給者証取扱いの留意事項

- 1 マル障の一斉更新時期(毎年9月)とは異なる有効期限の受給者証がある。

窓口に必ず、受給者証有効期限の確認を
お願いいたします

- 2 自立支援医療(精神通院医療)等、他公費と併用する場合

高額療養費の受給を受ける場合や、他公費(自立支援医療(更生医療、精神通院医療等)等)をお持ちの場合はそれらを先に適用していただき、適用後なお自己負担分がある場合に、マル障の助成対象となります。

他公費併用の場合は、他公費を優先適用

受給者証（心身障害者医療費助成制度）

➤9月1日更新(所得による更新)

障 害 者 受 給 者 証 (部 食)

負担者番号 80136

障 害 者 受 給 者 証 (部 食)

負担者番号 80137

受給者番号

住 所 〒

見 本

氏 名

生年月日 令和4年9月1日

有効期間 令和4年9月1日から
令和5年8月31日まで

東京都 知事

交付年月日 令和 年 月 日

(きいろ)

負担者番号	80136***	80137***
負担割合	1割負担	
一部負担金	負担上限額 ・外来18,000円 (年間上限 144,000円) ・入院57,600円 (多数回 44,400円)	一部負担なし

※一部負担の有無は、負担者番号を確認してください。

➤年間上限・多数回該当となった場合は、「高額医療費」として、受給者本人に後で支給する仕組み。

➤医療機関窓口においては、上表の上限額(外来18,000円、入院57,600円)まで徴収してください。

有効期間を確認！

★精神手帳所持者の場合は、有効期限が一律ではない(各月の末日付)ので、必ず確認してください。

(法別81)ひとり親家庭等医療費助成制度(マル親)

【対象者】

- ・ひとり親家庭等の母又は父
- ・両親がいない児童などを養育している養育者
- ・ひとり親家庭等の児童又は養育者に養育されている児童
(18歳に達した年度の末日までの者(障害がある場合は20歳未満))

【対象除外】 (抄)

- ・生活保護受給者
- ・児童福祉施設等に措置により入所している者 ほか

【実施主体】

区市町村

医療証（ひとり親家庭等医療費助成）

★毎年1月1日更新

(桃 色)

有効期間を確認

負担者番号	81136***	81137***
負担割合	1割負担	一部負担なし
負担上限額	<ul style="list-style-type: none"> ・外来18,000円 （年間上限 144,000円） ・入院57,600円 （多数回 44,400円） 	

➢年間上限・多数回該当となった場合は、「高額医療費」として、受給者本人に後で支給する仕組み。

➢医療機関窓口においては、上表の上限額（外来18,000円、入院57,600円）まで徴収してください。

- 医療証は、1年交代で「藤色」⇔「桃色」を使用
- 医療証は、原則、世帯証として交付される（例外あり）

2

（法別88）乳幼児医療費助成制度（マル乳）

【対象者】

義務教育就学前までの乳幼児を育てている保護者
（6歳に達する日以後の最初の3月31日の間にある乳幼児）

【対象除外】（抜粋）

- ・生活保護を受けている者（乳幼児）
- ・児童福祉施設等に措置により入所している乳幼児 ほか

【実施主体】 区市町村

医療証（乳幼児医療費助成制度）

★毎年10月1日更新

乳 児 医 療 証	
負担者番号	8 8 1 3
受給者番号	
乳幼児氏名	男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日生
住所	〒 見本
保護者氏名	
有効期間	令和 4 年 10 月 1 日から 令和 5 年 9 月 30 日まで
交付年月日	令和 年 月 日

(淡い緑)

■ 医療証は1年交代で、「淡い緑」⇔「淡いオレンジ」を使用

負担者番号	88132*** 88138***
一部負担なし	

有効期間を確認

(法別88)義務教育就学児医療費助成制度(マル子)

【対象者】

小学1年生から中学3年生までの義務教育就学期にある児童を養育している者

【対象除外】（抜粋）

- ・生活保護受給者
- ・児童福祉施設等に措置により入所している 等

【実施主体】 区市町村

【助成範囲】

負担者番号	88131***	88135***
診療種別	88134***	88137***
入院 調剤 訪問看護	一部負担金なし ※入院時食事療養標準負担額は自己負担です。	
通院 (施術を含む)	1回につき200円(上限) (徴収方法) ◆1日のうちに同一医療機関に2回通院した場合でも1回分だけ徴収。	一部負担金なし

10

医療証（義務教育就学児医療費助成制度）

★毎年10月1日更新

※医療証の右上に「通院負担有200円」とある場合は、通院について自己負担があります。

子 医療証

負担者番号 8 8 1 3

受給者番号

児 氏 名 男

童 生年月日 平成 年 月 日生

住 所 〒 見本

保 護 者 氏 名 見本

有効期間 令和 4 年 10 月 1 日から
令和 5 年 9 月 30 日まで

交付年月日 令和 年 月 日

(淡い緑)

子 医療証 通院負担有(200円)

負担者番号 8 8 1 3

受給者番号

児 氏 名 男・女

童 生年月日 平成 年 月 日生

住 所 〒 見本

保 護 者 氏 名 見本

有効期間 令和 4 年 10 月 1 日から
令和 5 年 9 月 30 日まで

交付年月日 令和 年 月 日

(淡い緑)

■ 医療証は1年交代で、「淡い緑」⇔「淡いオレンジ」を使用

(法別89)高校生等医療費助成制度(マル青)

【対象者】

15歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある高校生等（高校に在学していない者含む）を養育している者

【対象除外】（抜粋）

- ・生活保護受給者
- ・児童福祉施設等に措置により入所している 等

【実施主体】 区市町村

【助成範囲】 ※負担者番号がマル乳・マル子(法別88)とは異なります。

負担者番号	89131***	89135***
診療種別	89134***	89137***
入院 調剤 訪問看護	一部負担金なし ※入院時食事療養標準負担額は自己負担です。	
通院 (施術を含む)	1回につき200円(上限) (徴収方法) 子義務教育就学児医療費助成と同じ方法です。 ◆1日のうちに同一医療機関に2回通院した場合でも1回分だけ徴収。	一部負担金なし

12

医療証（高校生等医療費助成制度）

★毎年10月1日更新

※医療証の右上に「通院負担有200円」とある場合は、通院について自己負担があります。

(淡い緑)

通院 自己負担あり
の受給者証

有効期間を確認

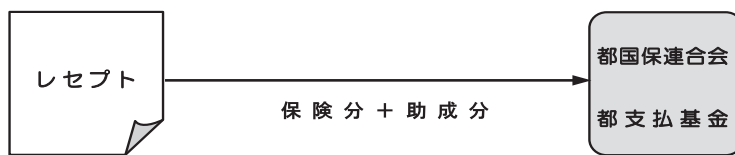
(淡い緑)

■ 医療証は1年交代で、「淡い緑」⇔「淡いオレンジ」を使用

※令和5年4月事業開始のため、現在発行されているマル青医療証の有効期間は、「令和5年4月1日から令和5年9月30日まで」となっています。

13

受給者が都内国保・都内後期高齢の被保険者、 社保の被保険者・被扶養者の場合



★ 保険給付分と助成分を1枚のレセプト(併用レセプト)で請求してください。

注意

- 都外国保の方
(他道府県の市町村国保及び国保組合)
- 都外後期高齢者医療の方
(他道府県の広域連合)

併用レセプトでの請求
はできません

- ・この場合は、窓口では助成制度を適用せず、医療保険の自己負担額を徴収してください。
- ・保険分のみをレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱いとなります

難病(54)・小慢(52)と マル障(80)・マル親(81)(一部負担有)の3併について

難病助成・小慢で一部負担額が発生する場合に、マル障・マル親が助成し、総点数の1割(ただし、当該受診の難病助成・小慢上限まで)が窓口での自己負担となります。

受診ごと難病助成・小慢の一部負担額まで1割を徴収し、難病助成・小慢の一部負担額が発生しない場合は徴収しません(累計での徴収はしません)。

■医療保険一部負担3割、難病助成・小慢上限額5,000円、マル障・親一部負担1割の場合
難病助成・小慢の一部負担額をマル障・マル親が助成(総点数の1割(当該受診の難病・小慢上限まで)は自己負担)

診療	総点数	医療保険		難病助成・小慢		マル障課税・マル親課税		考え方
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	
1日目	2,200点	15,400円	6,600円	2,200円	4,400円	2,200円	2,200円	1割負担
2日目	1,000点	7,000円	3,000円	2,400円	600円	0円	600円	1割のうち難病上限まで
3日目	2,000点	14,000円	6,000円	6,000円	0円	0円	0円	
4日目	5,000点	35,000円	15,000円	15,000円	0円	0円	0円	
合計	10,200点	71,400円	30,600円	25,600円	5,000円	2,200円	2,800円	

【公費適用の順番】

①主保険(国保・社保)

↓

②難病等(54・52)

※54・52の負担上限まで

↓

③マル障・親

(80・81)

※80・81の一部負担ありの場合は、当該診療の『総点数の1割分は患者負担』となる。

難病助成・小慢自己負担上限管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

【難病・小慢の自己負担上限管理票の記入】

- ・②難病・小慢を適用した結果の一部負担までを記入する。
- ・実際は難病の次にマル障等を適用して、本人負担額はさらに低いものだったとしても、これは管理票の対象外(別制度)のものなので、管理票には記入しない。

2
1
②

小慢(52)と マル子(88)・マル青(89)(一部負担有)の3併について

○マル子・マル青は、小慢等の一部負担金が発生した受診に限り、通院一部負担金を徴収する。ただし、その額は、当該受診ごと小慢等の一部負担金までとする。

(例) 小慢、自己負担上限額5,000円(一般所得1)

診療	点数 (保険/52/88or89)	第1公費 小慢(52) 一部負担金	第2公費 マル子(88131,88134) マル青(89131,89134) 一部負担金	マル子(88131,88134) マル青(89131,89134) 一部負担金(通院1回200円)徴収方法	
2日目	1,250点	2,500円	200円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(200円徴収2,300円助成)	
3日目	2,000点	100円	100円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(100円徴収・助成額なし)	
4日目	1,000点	0円	0円	当該受診の小慢一部負担金が発生していないためマル子・マル青負担金・助成額なし	
合計	5,450点	①5,000円	②500円		

自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

マル子・マル青助成 = ①5,000円 - ②500円 = 4,500円(自己負担500円)

【公費適用の順番】

①主保険(国保・社保)

↓

②小慢(52)

※52の負担上限まで

↓

③マル子・青

(88・89)

※88・89の一部負担有の場合は、当該診療の『小慢一部負担金を限度に、200円分(上限)は患者負担』となる。

【難病・小慢の自己負担上限管理票の記入】

- ・②小慢を適用した結果の一部負担までを記入する。
- ・実際は小慢の次にマル子・青を適用して、本人負担額はさらに低いものだったとしても、これは管理票の対象外(別制度)のものなので、管理票には記入しない。

<お願い>

- ★ 診療等の際には、受給者証・医療証の有効期間等を必ずご確認ください。

制度	更新月
(80) マル障	9月
(88) マル乳・マル子	10月
(89) マル青	
(81) マル親	1月

◇ ホームページのご案内

■ 東京都福祉保健局トップ

⇒ 分野別のご案内 ⇒ 『医療・保健』 ⇒ 『医療助成』

■ 検索サイト

東京都 医療助成 で検索

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/index.html>

17	(都) 医療費助成制度
法別番号	51 (難病医療(国の研究事業対象疾病。以下「国疾病」)) (特殊医療(先天性血液凝固因子欠乏症等)) 38 (B型・C型肝炎ウイルス肝炎治療)、 38 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業) 82 (特殊医療(人工透析))、 82 (小児精神病)、 82 (被爆者の子に対する医療) 82 (大気汚染関連疾病) 83 (難病医療(都単独医療費助成対象疾病。以下「都疾病」)) 87 (妊娠高血圧症候群等)
取扱医療機関	東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する) ※ 38(肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業。以下「肝がん・重度肝硬変医療」という。)については、都道府県から指定を受けた肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関(以下「肝がん指定医療機関」という。)のみ
対象者	「別表2」(P.188~参照)の対象者に該当し、(都)医療券及び患者票又は受給者証の交付を受けている者

1. 概要

「別表2」(P.188~参照)の対象者に対して、医療費を助成することにより、その医療の確立と普及を図り、併せて患者の医療費及び一部の介護サービスにかかる費用の負担を軽減する。介護サービス費の一部も助成対象となるものとして、(都)医療費助成では次のものが該当する。難病医療(国疾病)[負担者番号 51136018]、特殊医療(先天性血液凝固因子欠乏症等)[負担者番号 51137016]、難病医療(都疾病・本則)[負担者番号 83136010]、難病医療(都疾病・経過措置)[負担者番号 83135012]

<<肝がん・重度肝硬変医療>>

令和3年4月分より肝がんの外来医療に係る医療費の一部も助成対象になった。

制度の概要は、B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断されている方の入院治療や通院治療に係る医療費の一部を助成する制度。

肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療(「分子標的薬を用いた化学療法」又は「肝動注化学療法」による通院治療に限る。)に係る医療費で、高額療養費算定基準額を超えた月が助成対象月を含め過去1年間で3月以上ある場合、肝がん指定医療機関で受けた3月目以降の医療費について、患者様の自己負担額が1万円*となるよう助成する。

* 住民税非課税世帯の場合は自己負担額なし

【(都)医療費助成制度の根拠規定】

- ア 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
- イ 難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則
- ウ 大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例
- エ 東京都原子爆弾被爆者等の援護に関する条例
- オ 東京都妊娠高血圧症候群等に係る医療費助成実施要綱
- カ 児童福祉法施行細則

【公費負担医療の手引より抜粋】

2. 医療証及び患者一部負担額

被交付証	法別番号及び負担者番号	医療費助成の種類	医療券の色	患者一部負担額	医療保険の適用			介護保険の適用	
					入院	外来・調剤	訪問看護		
受給者証	54	54136015	難病医療（指定難病）	うすれんじ色	患者一部負担額表（P.100）参照	○	○	○	○
		54136023	難病医療（指定難病・生活保護受給者）	うすれんじ色	なし（入院時食事・生活療養標準負担額を含めて助成）	○	○	○	○
	52	52138013	小児慢性特定疾病	うすれんじ色	患者一部負担額表（P.65）参照	○	○	○	×
		52137015	小児慢性特定疾病（生活保護法の被保護世帯又は血友病等患者等）	うすれんじ色		○	○	○	×
医療券	51	51136018	難病医療（国の研究事業対象疾病）	もも色	なし（入院時食事・生活療養標準負担額を含めて助成）	○	○	○	○
		51137016	特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）	もも色		○	○	○	○
	83	83136010	難病医療（都疾病）	しろ色	患者一部負担額表（P.169）参照	○	○	○	○
	82	82138009	特殊医療（人工透析を必要とする腎不全）※1	クリーム色	特定疾病療養受療証を適用した入院・外来ごとに一医療機関あたり月額1万円を超える額及び入院時の食事・生活療養標準負担額	○	○	○	×
		82134008	小児精神病	クリーム色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	×	×	×
		82134008	被爆者の子に対する医療	クリーム色		○	○	○	×
		82137001	大気汚染関連疾病	みどり色		○	○	○	×
		82137555	大気汚染関連疾病 ※2	みどり色		○	○	○	×
		82137530	大気汚染関連疾病 ※10	もも色※11	月額6千円及び入院時食事・生活療養標準負担額※12	○	○	○	×
	82137670	大気汚染関連疾病 ※10	もも色※11	月額6千円及び入院時食事・生活療養標準負担額※12	○	○	○	×	
38	38136016	B型・C型ウイルス肝炎治療	やまぶき色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	○	×	×	
	38136016	B型・C型ウイルス肝炎治療	ラベンダー色	患者一部負担額表※5参照	○	○	×	×	
	38136024	肝がん・重度肝硬変医療 ※6	もえぎ色	入院時食事・生活療養標準負担額	○※8	○	×	×	
	38136024	肝がん・重度肝硬変医療 ※6	あじさい色	患者一部負担額表※7参照	○※8	○	×	×	

【公費負担医療の手引より抜粋】

被交付証	法別番号及び負担者番号		医療費助成の種類	医療券の色	患者一部負担額	医療保険の適用			介護保険の適用
						入院	外来・調剤	訪問看護	
	87	87136008	妊娠高血圧症候群等 ※3	クリーム色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	×	×	×
患者票※4		93137008	結核一般医療（法別番号10）	しろ色	なし	×※9	○	×	×
受給者証	93	93133007	自立支援医療（精神通院医療）（法別番号21）（社保・後期高齢者）	しろ色	なし	×	○	○	×
		93132009	自立支援医療（精神通院医療）（法別番号21）（国保）	しろ色	なし	×	○	○	×

- ※1 [負担者番号 82138009]（人工透析を必要とする腎不全）が適用できる訪問看護は、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する訪問看護に限定
- ※2 平成20年8月1日以降の新規認定分
[負担者番号 82137555]（大気汚染関連疾病）の対象疾病は、全年齢が気管支ぜん息18歳未満の者が慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気腫
- ※3 八王子市及び町田市を除く都内市町村
- ※4 結核一般医療での[負担者番号93137008]は、社会保険の加入者（被扶養者含む。以下同じ）、国保組合の加入者及び後期高齢の加入者の住民税非課税者に、精神通院医療での[負担者番号93137007]は社会保険加入者、後期高齢の加入者又は国保組合の住民税非課税者に振り出す。
- ※5 B型・C型ウイルス肝炎治療（課税）[負担者番号38136016]の患者の一部負担額。下記の患者一部負担を限度とする額及び入院時の食事・生活療養標準負担額

[負担者番号 38136016]（B型・C型ウイルス肝炎治療）患者一部負担額			
階層区分	H	世帯の区市町村民税（所得割・均等割とも）非課税の方	なし
	A	世帯の区市町村民税（所得割）課税年額 235,000円未満の方	月額10,000円まで
	D	世帯の区市町村民税（所得割）課税年額 235,000円以上の方	月額20,000円まで

- ※6 平成30年12月1日から制度開始
- ※7 肝がん・重度肝硬変医療（課税）[負担者番号38136024]の患者の一部負担額。下記の患者一部負担額を限度とする額及び入院時の食事・生活療養標準負担額

【公費負担医療の手引より抜粋】

[負担者番号 38136024] (肝がん・重度肝硬変入院医療) 患者負担額				
階層区分	H	70歳未満	限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「オ」の方	なし
		70歳以上	限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方	
	A	70歳未満	限度額適用認定証の適用区分が「エ」の方	同一の保険者ごとに月額1万円
		70歳以上 75歳未満	高齢受給者証の自己負担割合が「2割」の方 (限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」を除く)	
		75歳以上	後期高齢者医療被保険者証の自己負担金の割合が「1割」の方 (限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」を除く)	

- ※8 助成要件：肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療（「分子標的薬を用いた化学療法」又は「肝動注化学療法」による通院治療に限る。）に係る医療費で、助成該当月を含む過去1年間に3か月以上、対象医療費の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えており、3月日が指定医療機関で受けた医療であること。（本治療については、診断の基準や治療方法等について、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いについて」等で定められているため参照すること。）
- ※9 外科的手術に伴う処置・入院等について適用となる場合有り。
- ※10 生年月日が平成9年4月1日以前で医療費助成を受けている者を対象（平成30年4月1日から）
- ※11 平成30年4月1日以降の医療券
- ※12 平成30年4月1日以降の患者一部負担額
- ※13 法別番号「54」は、難病の患者に対する医療等に関する法律、法別番号「52」は、児童福祉法を根拠とする制度であり、**㊦**医療費助成制度外の制度だが有用な情報のため、本欄に併記。

【公費負担医療の手引より抜粋】

難病等（都単独疾病）（負担者番号83136010）の患者の

「別表1」

一部負担額の限度額表（月額）（単位：円）

階層区分	階層区分の基準		負担上限月額（月額自己負担限度額）		
			本則（83136010）		
			一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
低所得Ⅰ	区市町村民税 非課税世帯	本人年収 ～80万円	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収 80万円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	区市町村民税課税 7.1万円未満		10,000	5,000	
一般所得Ⅱ	区市町村民税課税 7.1万円以上25.1万円未満		20,000	10,000	
上位所得	区市町村民税課税 25.1万円以上		30,000	20,000	

- ※1 階層区分は、患者の加入する医療保険上の世帯の被保険者の区市町村民税の課税額（非課税の場合は患者本人も含む）により算定する。
- ※2 複数の医療機関で支払った医療費及び介護サービス費の額を合算する。※薬局での保険調剤、医療保険の訪問看護及び介護保険の訪問看護サービスを含む。
- ※3 「高額かつ長期」とは、医療費助成の認定後、認定を受けた疾病に係る月ごとの医療又は介護に要した費用の総額が50,000円を超えた月が6回以上ある者（別途申請手続が必要）
- ※4 「人工呼吸器等装着者」とは、人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする方であって、認定を受けた疾病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている方（別途申請手続が必要）
- ※5 認定を受けた患者の方の加入する医療保険上の世帯に、難病医療（指定難病）（54）を受けている方又は小児慢性特定疾病医療費助成（52）を受けている方がいる場合（認定を受けた患者が小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合を含む）、認定を受けた患者の方の「83」の月額自己負担限度額は0円となる。また、医療保険上の世帯に他の難病医療（都疾病）（83）の認定を受けている方がいる場合、それぞれの月額自己負担限度額に応じて、当該額が按分される。

3. 給付内容

認定された疾病にかかる医療費について、医療保険各法を適用し、その患者負担額を対象者に助成する。

(1) 都医療費助成の対象

次のアからウまでの要件をすべて満たす場合に、患者負担額や利用者負担額を助成する。

ア ①医療券等に記載された疾病を治療するために受ける診療、調剤、訪問看護であること。

イ ②医療券等の有効期間内に行われる治療であること。

ウ 医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療制度）または介護保険法が適用されること。（制度ごとの保険適用区分はP.166～167参照）

ただし、他の法令等により、患者の自己負担額が生じない場合を除きます。

医療券等の種類によって医療費助成の内容は異なります。各制度については「公費負担医療費制度の所轄一覧」の所管部署にお問い合わせください。

【公費負担医療の手引より抜粋】

(2) ② 医療費助成の対象とならないもの（例示）

- ・ ② 医療券等に記載された病名以外の病気やけがの治療
- ・ 差額ベッド代、個室料、移送費、交通費、鍼、灸、あん摩、マッサージ
- ・ 補装具の作成費用
- ・ 申請のための診断書料、医療費支給申請に必要な療養証明等の証明書料
- ・ 訪問介護（ヘルパーの派遣）などの福祉サービス

(3) 医療券等適用にあたっての注意事項

① ② 医療券等に記載されている病名に対する診療であるか。

- ア ② 医療券等に記載された病名以外の病気やけがの治療は助成対象外です。
- イ 副作用等に対する治療は助成対象外です。

ただし、負担者番号38136016のウイルス肝炎治療医療費助成制度では、核酸アナログ製剤治療、インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療による軽微な副作用が発生し、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療については、助成の対象となります。

② ② 医療券等の有効期間内に受けた治療であるか。

- ア ② 医療券等の有効期間外に受けた治療は助成対象外です。
- イ ② 医療券等の有効期間は通常1年または6か月です。更新は自動的にできませんので、患者本人又は代理の方が更新手続をする必要があります。
なお、「大気汚染関連疾病」は、概ね2年間、「被爆者の子に対する医療」は2年間です。

③ 医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療制度）または介護保険法が適用されているか。

- ア 保険外の負担や自費診療は助成対象外です。
- イ 医療保険等適用後の患者負担額が高額療養費の自己負担限度額を超えている場合についての、医療費助成する金額は、高額療養費相当額を除いた金額となります。また、介護保険法に係る助成については、負担者番号「51」「54」「83」のみです。

④ 患者一部負担の算定

ひと月の各医療機関における入院・外来・調剤等を合算し、月額自己負担限度額まで算定する。

⑤ 有効期限の開始日が月の途中からとなる② 医療券等の取り扱い

- ア 外来の場合
 - ・ 有効期限の開始日以降のものを助成の対象とし、開始日より前に行われた外来医療は、助成の対象としません。

[特定疾病療養受療証の適用が認定条件となっている疾病の場合]

 - ・ 自己負担限度額が月額1万円又は2万円となる制度ですが、東京都が助成する額は月額1万円が上限です。
 - ・ 助成する額は、有効期限の開始日より前において、どれくらい自己負担をしたかによります。
つまり、自己負担限度額が1万円の場合、有効期限の開始日より前に、8,000円の自己負担をしている場合は、助成できる外来診療は、残りの2,000円分となり、既に1万円に達している場合は、高額療養費に該当するため助成はありません。
- イ 入院の場合
 - ・ 診療月内における有効期限の開始日以降の診療報酬点数に保険の自己負担割合を乗じて求めた額とする。

特定疾病療養受療証の適用が認定条件になっている疾病の場合でも同じ取扱いとし、自己負担額の1万円を限度に助成の対象とする。これは、外来の場合と取扱いが異なりますので、留意してください。

⑥ 月額自己負担限度額が変更となるケース

- ア 階層区分が変わった場合
- イ 認定を受けた後、1年のうちに特定医療費の総額が月額50,000円を超える月が6月以上ある場合（負

【公費負担医療の手引より抜粋】

担者番号「54」及び「83」。

そのため、医療機関の窓口等では、必ず^都医療券等の確認をお願いします。

(4) 歯科医療機関

東京都と契約を締結している医療機関及び難病法並びに児童福祉法の規程により都道府県の指定を受けた医療機関（以下、「指定医療機関」という。）であれば、医療機関に併設されている歯科でも^都医療券等を扱うことができます。

ただし、医療費助成は、^都医療券等に記載された病名に限られるため、歯科医療機関における取扱いは、ベーチェット病やシェーグレン症候群などの患者に対する歯科治療など、限られた疾病のものとなります。^都医療券等に記載された病名による歯科治療の適否については、所管課（疾病対策課）にお尋ねください。

(5) 医療保険における請求

- ①東京都と契約した医療機関等に患者が^都医療券等を提示すれば、患者は助成対象となる医療費等の医療機関窓口での支払いを要しません。契約医療機関等が、国保連合会又は社会保険支払基金を通じて医療費等を東京都に請求する。

【医療機関払いの方法】

○ 併用レセプト

都内の契約医療機関及び指定医療機関においては、医療券番号や負担金額等をレセプトに記入し、国保連合会・支払基金に請求する。助成対象医療費は、国保連合会・支払基金から支払われる保険分の医療費と併せて支払います。

○ 「東京都負担医療費請求書」等（10名連記式）

都内の契約医療機関においては、次の公費対象医療費及び介護サービス費は「^都東京都負担医療費請求書」等（10名連記式）で東京都へ直接、請求してください（併用レセプトでは取扱えませんので御注意ください）。

- ・他道府県の国保・後期高齢と公費負担者番号が「82・83・87」で始まるものとの併用
- ・他の医療費助成制度の一部負担額を公費負担者番号が「51・82・83・87」で始まるもので請求する場合（国保及び後期高齢に限る。社保は併用レセプトで請求可）
- ・介護保険と公費負担者番号が「83」で始まるものとの併用

請求書には必ずレセプトの【写し】を添付し、医療機関名欄には担当者名及び連絡先を記入してください。この請求書についての問い合わせは、東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療給付担当（Tel03-5320-4454）までお願いします。

- ②法別番号「51」では、入院時の食事・生活療養標準負担額を含めて助成する。

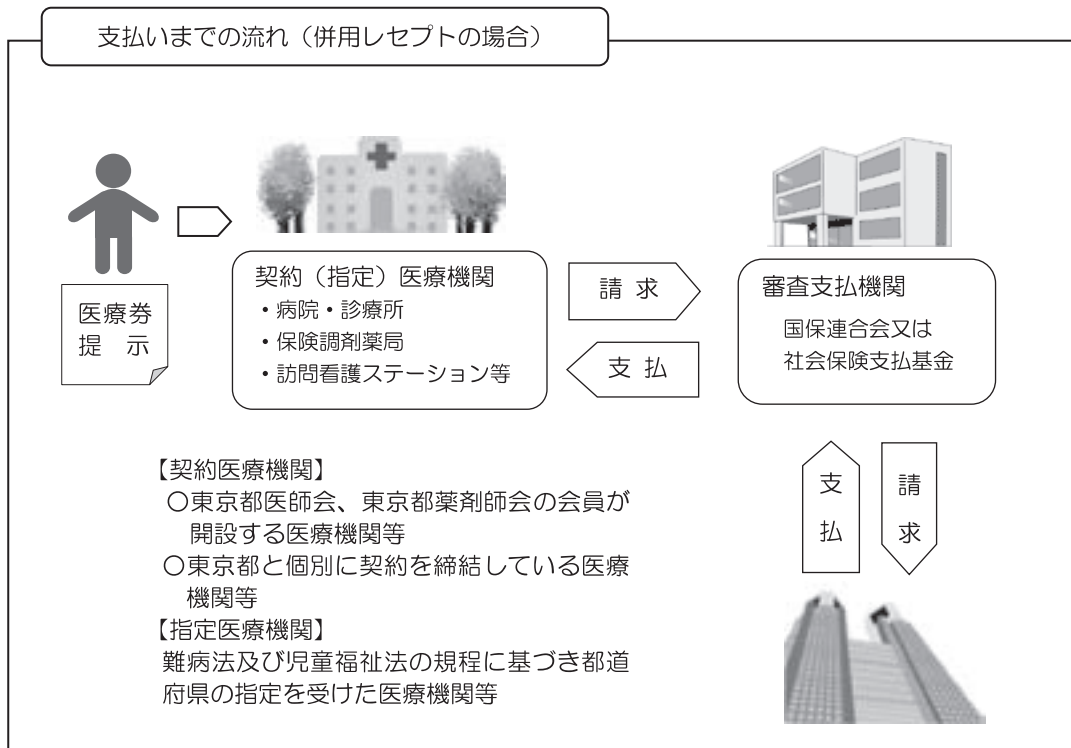
- ③負担者番号「93133007」は精神通院医療の公費負担医療費の患者負担分について助成する。（公営国保の加入者の住民税非課税者で区市町村から国保受給者証（精神通院）負担者番号「93132009」の交付を受けた者には、精神医療給付金が公営国保から給付されます）

法別番号「93」は、精神通院医療「21」を適用した医療費の患者負担分について助成する。後期高齢者医療加入者においては、精神通院医療「21」を適用した医療費について、^後分優先でその一部負担金を対象に患者負担分を助成する。（ただし、18,000円（平成30年8月1日以降）を限度とする。また、低所得Ⅰ・Ⅱの方は、8,000円を限度とする）

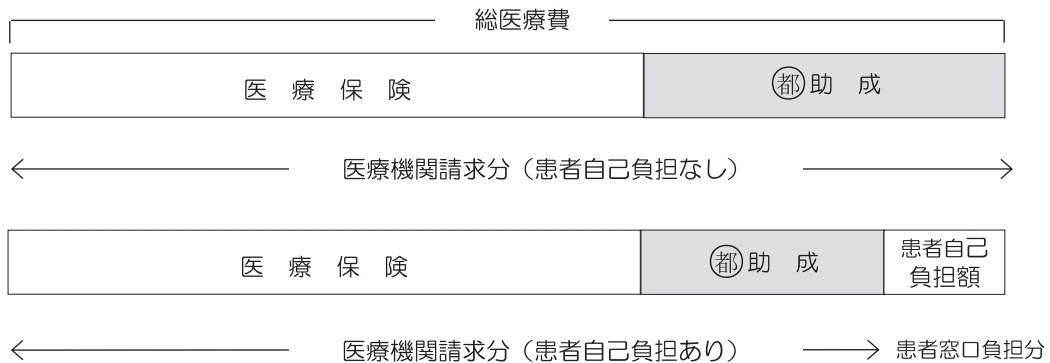
法別番号「93」は、結核一般医療「10」を適用した医療費の患者負担5%部分について助成する。

- ④小児精神病「負担者番号82134008」、妊娠高血圧症候群等「負担者番号87136008」は、当該疾病に係る入院医療費のみを対象者に助成する。

【公費負担医療の手引より抜粋】



〔例〕



【特定疾病療養受療証について】

人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009、）の医療券を持つ全ての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）の医療券を持つ一部の方は、制度上「特定疾病療養受療証」の取得及び提示が前提となっているため、医療券と「特定疾病療養受療証」は一緒に提示を受けてください（医療券の認定条件欄にもその旨の記載があります。）。

・特定疾病療養受療証は保険者が発行し、医療保険の高額療養費支給の特例として、人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009）の医療券を持つ全ての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）の医療券を持つ一部の方は、医療機関ごと、入院・外来ごとに、それぞれの医療費の自己負担限度額が、10,000円（上位所得以外）又は20,000円（上位所得）となるものです。

これらの受給者で医療券を適用する場合は、必ず「特定疾病療養受療証」を確認してください（医療券の認定条件欄に、その旨の記載があります。）。

・東京都では、上位以外、上位所得者のいずれの患者に対しても、入院外来別に月額10,000円まで助成する。上位所得者の負担額が10,000円を超えた場合には、10,001円から20,000円までは自己負担となります。この自己負担は助成されませんので、「○都医療費支給申請書兼口座振替依頼書」の療養証明欄は証明しないでください。

【公費負担医療の手引より抜粋】

- ・患者の医療保険の変更があった場合は、特定疾病療養受療証も新しい保険者に申請する必要があります。
- ※ 特定疾病療養受療証がない場合は、医療費助成を受けられません。

(6)介護保険における請求

介護保険適用の訪問看護などの介護サービスを受ける場合（負担者番号5413****・5113****・8313****）

⑨医療券等に記載されている疾病に対して受ける訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護療養施設サービス（介護療養型医療施設における入院）は、助成の対象となります。

難病医療（国疾病）及び特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）「法別番号51」並びに難病医療（都疾病）「法別番号83」では、認定された疾病に係る介護保険適用の訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防居宅療養管理指導における利用者負担額を対象者に助成する。

⑨医療費助成では下記のものが該当する。

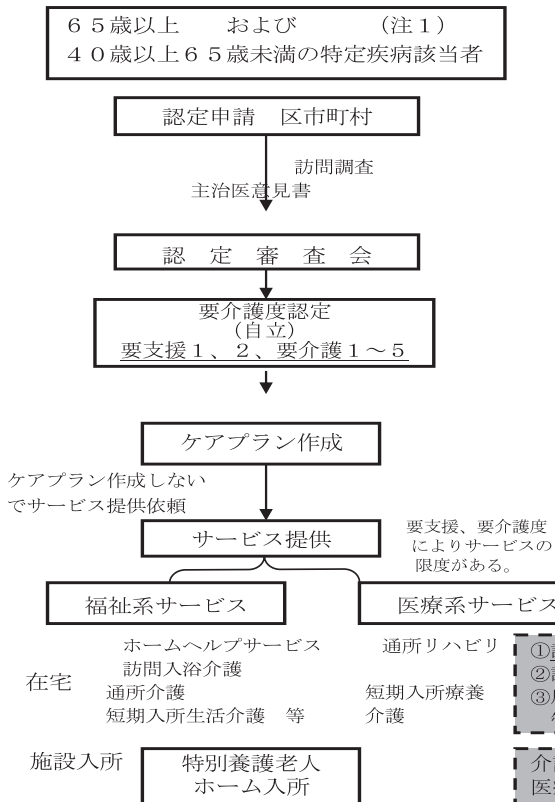
- ・難病医療（国疾病）（負担者番号51136018）
- ・特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）（負担者番号51137016）
- ・難病医療（都疾病・本則）（負担者番号83136010）

難病医療「83」には、患者一部負担額がある。難病医療費の自己負担額の累積額（月額）が「一部負担額の限度額表（月額）」に定める額に達するまで徴収する。（P.169参照）

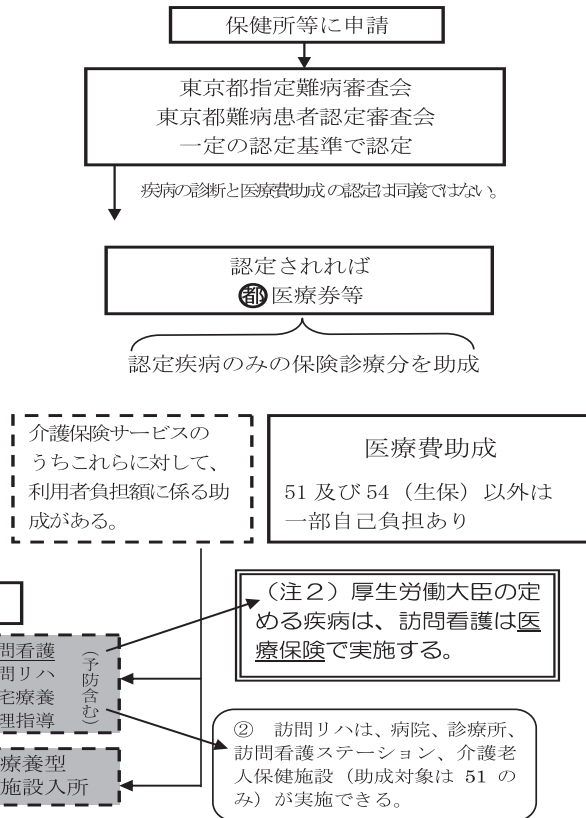
【公費負担医療の手引より抜粋】

介護保険制度と難病医療費助成制度

介護保険制度



難病医療費助成制度



(注1) 介護保険40歳以上65歳未満第2号被保険者の特定疾病該当者

(特定疾病のうち下線は特定疾患治療研究事業(難病医療費助成対象)9疾病(うち都単1疾病))

- ①初老期の認知症(うちクロイツフェルト・ヤコブ病) ②脳血管疾患 ③筋萎縮性側索硬化症 ④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 ⑤脊髄小脳変性症 ⑥多系統萎縮症 ⑦糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症 ⑧閉塞性動脈硬化症 ⑨慢性閉塞性肺疾患(うちびまん性汎細気管支炎) ⑩両側の膝関節又は股関節の著しい変形を伴う変形性関節症 ⑪関節リウマチ(うち悪性関節リウマチ) ⑫後縦靭帯骨化症 ⑬脊柱管狭窄症(うち広範脊柱管狭窄症) ⑭骨折を伴う骨粗鬆症 ⑮早老症 ⑯がん(回復の見込みがない状態)

(注2) 訪問看護を医療保険で実施する疾病

(難病医療費助成対象疾病は下線の16疾病(うち都単1疾病))

- ①末期の悪性腫瘍 ②多発性硬化症 ③重症筋無力症 ④スモン ⑤筋萎縮性側索硬化症 ⑥脊髄小脳変性症 ⑦ハンチントン病 ⑧進行性筋ジストロフィー ⑨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、シヤイ・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人工呼吸器を装着している状態(鼻マスク式によるものを含む)

これらの疾病等は、訪問看護は医療保険に報酬を請求する。1日2回以上訪問看護を実施した場合も、「難病等複数回訪問加算」請求できる。

【公費負担医療の手引より抜粋】

4. 他の医療制度との関係

各種医療保険が優先適用され、その自己負担額を対象に助成する。①医療券（P.197～参照）とその他の2種類以上の医療費助成等の併用がある場合、②医療費助成との関係における優先順位は下記のとおり取り扱う。

※マル障・マル親・マル乳・マル子については、併用して使用することはできません。医療証（受給者証）を発行する際には、いずれか一制度の医療証を発行しています。重複して所持している場合などは、証を発行している区市町村へお問い合わせください。

[基本ルール] 国制度(法律) > ① > [障 ・ 親 ・ 乳 ・ 子]

[個別パターン1] 結核「10」・「93」> 精神「21」・「93」

(①「93」については、結核「10」の医療における5%又は精神「21」の医療における10%の自己負担分を助成する)

[個別パターン2] 医療保険 > ③特定疾病療養受療証 > 自立支援医療「15」・「16」
> 小児慢性特定疾病「52」 > ①「82」

[個別パターン3] 医療保険 > ③特定疾病療養受療証 > 小児慢性特定疾病「52」
> 難病医療「54」 > 難病医療「51」・①「83」 > ①「82」

5. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

①①医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

医療保険証又は介護保険証とともに①医療券及び自己負担上限（限度）額管理票（難病医療「83」、B型・C型ウイルス肝炎治療「38」に限る）の提出を求め、①医療券の負担者番号、受給者番号、認定疾病・病名、有効期間、認定条件等を確認する。①医療券に自己負担限度額が記載されている場合は、限度額まで徴収する。自己負担上限（限度）額管理票を提出された場合は、自己負担額等を記入する。

②精神通院医療

精神通院医療の自立支援医療受給者証に法別番号「93」から始まる番号が振り出されているか確認する。

精神通院医療（法別番号21）（負担者番号93133007）

社保加入者、後期高齢者医療加入者及び国民健康保険組合加入者の住民税非課税者に振り出す。

※ 区市町村国保の方は、受給者証と併せて公費負担医療費の患者負担分の給付対象者（住民税非課税者等に限る）には精神「国保受給者証（精神通院）（負担番号93132009）」が交付される。

③結核一般医療

結核一般医療の患者票に法別番号「93」から始まる番号が振り出されているか確認する。

結核一般医療（法別番号10）（負担者番号93137008）

社保加入者、国保組合加入者及び後期高齢加入者の住民税非課税者のみに振り出す。（ただし生保が適用される方及び療育給付受給者を除く）

※ 区市町村国保の方は、患者票と併せて公費負担医療費の患者負担5%の給付対象者（住民税非課税者等に限る）には結核「結核医療給付金受給者証（負担者番号93131001）」が交付される。（「1. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（P.1参照）

(2) 請求方法

①①医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

一般処理 保険（後期高齢者医療及び介護保険を含む。以下同じ）分及び①医療費助成成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求する。

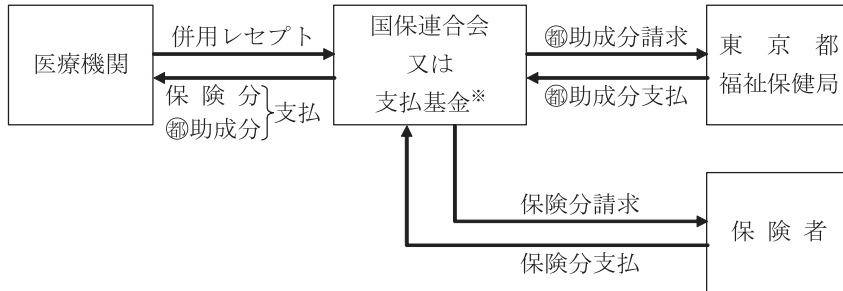
例外処理 以下に掲げる①医療費助成成分は、例外処理として、保険分とは別に①東京都負担医療費請求書等（P.204～参照）により請求する。なお、(i)の保険分は単独レセプトにより、(ii)

【公費負担医療の手引より抜粋】

(iii) においては保険分と先に適用される公費は併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」）へ請求する（国保及び後期高齢者医療に限る。社保は併用レセプトで請求可）。

- (i) 他道府県の国保又は後期高齢で法別番号「82」「83」「87」の場合
- (ii) 自立支援医療「15」「16」、難病医療「51」「54」「83」及び小児慢性特定疾病「52」の患者負担額を法別番号「82」で助成する場合
- (iii) 自立支援医療「15」「16」、難病医療「51」「54」及び小児慢性特定疾病「52」の患者負担額を難病医療「83」で助成する場合

医療費の請求・支払流れ図



※ 社会保険診療報酬支払基金東京支部。以下同じ

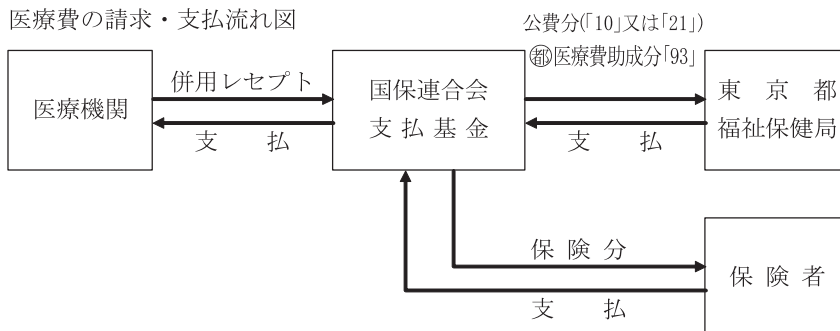
②精神通院医療

社保分	}	⑨後分(精神のみ)	}	組国保分	を1枚のレセプトで請求する。
公費分「21」		公費分「21」		又は 公費分「21」	
⑨医療費助成「93」		⑨医療費助成分		⑨医療費助成分	

③結核一般医療

社保分	}	を1枚のレセプトで請求する。
公費分(法別番号「10」)		
⑨医療費助成「93」		

医療費の請求・支払流れ図

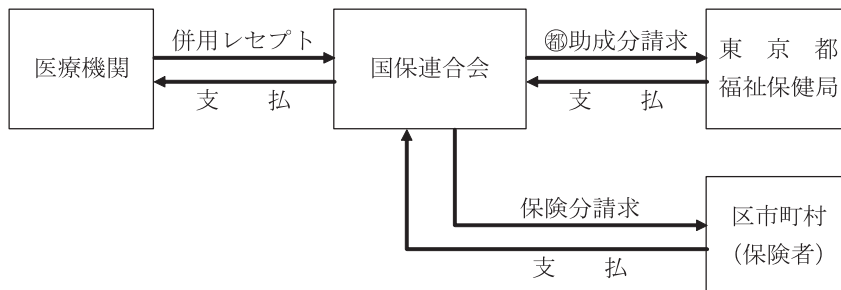


【公費負担医療の手引より抜粋】

④ 介護保険と併用の場合

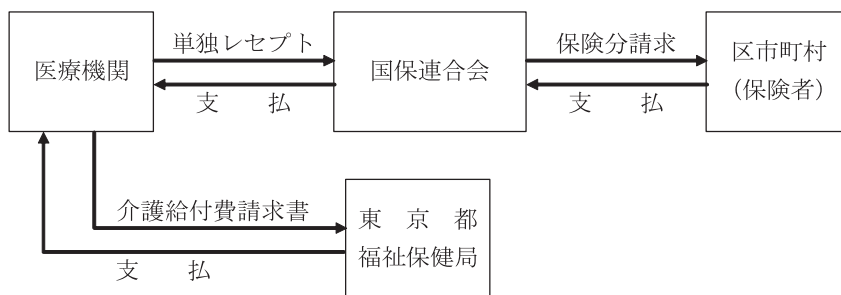
難病医療・特殊医療「51」の場合、介護保険分及び^都助成分を1枚のレセプトで併せて請求する（介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成12年3月厚生省令第20号）の例による）。併用レセプトを使用することにより、高額介護サービス費に相当する額44,400円を超える利用者負担額は介護保険分及び^都助成分と併せて支払われる。

介護給付費の請求・支払流れ図（「51」の場合）



難病医療「83」の場合は、^都助成分は保険分とは別に介護給付費請求書により請求する。（P.202参照）

介護給付費の請求・支払流れ図（「83」の場合）



(3) レセプトの記載方法

平成24年4月から、外来診療についても高額療養費の現物給付化が行われるようになったことから、レセプトの記載要領も変更され、特記事項欄への記載のほか、高額療養費が現物給付される場合は、保険の（一部）負担金額欄及び摘要欄への記載が必要な場合がありますので御注意ください。本件に関しては、東京都国民健康保険団体連合会や社会保険診療報酬支払基金東京支部のホームページに記載上の案内がなされていますので、御参照ください。

① ^都医療費助成（精神退院医療、結核一般医療を除く）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」による。

- (i) レセプトの負担者番号・受給者番号欄は、^都医療券等の番号を記入する。
- (ii) 難病医療「83」及びB型・C型ウイルス肝炎（課税）「38」では、療養の給付欄の公費の項に外来における「一部負担金額」の項又は入院における「負担金額」の項に^都医療費助成の患者一部負担額を記入する。
- (iii) ^都医療費助成の対象医療とそれ以外の医療が併せて行われる場合は、療養の給付欄の公費の項に^都医療費助成分の保険点数、次いで療養の給付に応じて一部負担金額、食事・生活療養費の請求額並びに標準負担額を記入する。
- (iv) 難病医療「51」については、医療券の適用区分に応じた特記事項欄等の記載が必要となる。
- (v) 高額療養費に該当する場合は、その限度額から自己負担額を控除した額が^都医療助成額となる。併用レセプトを使用することにより、高額療養費等に相当する額は、保険者より保険分と併せて支払われる。

難病医療「51」の^都医療券については、^都医療券の適用区分欄に記載された記号により、特記事項欄等に所得区分を記載する。また、指定難病「54」及び小児慢性特定疾病「52」も同じ取扱いとなる。（下表参照）

【公費負担医療の手引より抜粋】

医療券の適用区分		レセプトの特記事項	
69歳以下の方	70歳以上の方		多数回該当
ア	Ⅵ	26区 ア	31多 ア
イ	Ⅴ	27区 イ	32多 イ
ウ	Ⅳ	28区 ウ	33多 ウ
エ	Ⅲ	29区 エ	34多 エ
オ	Ⅱ・Ⅰ	30区 オ	35多 オ (69歳以下の場合のみ)

※医療券の適用区分がⅡの場合はレセプトの摘要欄に「低所得Ⅱ」、Ⅰの場合は「低所得Ⅰ」と記入します。
 ※70歳以上の方で、医療券の適用区分が「Ⅱ・Ⅰ」の場合、多数回該当（34多 オ）の設定はありません。
 ※本制度における多数回該当の対象は、同一医療機関での入院のみです（外来、調剤、訪問看護は対象とはなりません。）。

※保険者からの回答がない場合など、一部の医療券等には適用区分が空欄のものがあります。この場合、次の場合を除いてレセプトの特記事項欄への記載は必要ありません。

- ・後期高齢者医療被保険者証又は高齢受給者証をお持ちの方
 （高齢受給者証等の負担割合が1割又は2割の方の場合は、レセプトの特記事項欄に記入する負担区分の取扱いは「エ」、3割の方の場合は「ア」になります。ただし、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示がある場合は、その証の適用区分どおりに記載する。）
- ・限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証をお持ちの方
 （その証の適用区分の記載は下記表の医療券等の適用区分と一致するので、それに該当する記載が必要です。）

(vi) 人工透析等の長期療養により「特定疾病療養受療証」の交付を受けている1万円上限の者は、保険分の患者負担相当額が1万円を超える場合は、レセプトの特記事項欄に必ず「02長」と表示をする。特定疾病療養受療証の自己負担限度額が2万円の者については、下記のとおり記載する。

(ア) 「保険の患者負担額が2万円を超える場合」

レセプトの特記事項欄に「16長2」と表示し、公費①負担金額欄に「10,000」円と記入する。

(イ) 「患者負担額が1万円を超えて2万円未満の場合」

レセプトの特記事項欄の表示は不要。公費①の負担金額欄に患者負担額から1万円を差し引いた額を記載する。

(ウ) 「患者負担額が1万円以下の場合」

レセプトの特記事項欄、公費①の負担金額欄への記入は不要。

②精神通院医療

負担者番号・受給者番号欄には、受給者証の番号を記入する。負担者番号は、まず法別番号「21」から始まる番号を上段に優先して記入し、そのすぐ下に法別番号「93」から始まる番号を記入する。受給者番号は、「21」と「93」とでは同一の番号を記入する。療養の給付欄については、法別番号「21」の公費に係る請求点数を記入する。医療保険に係るものと同じ場合は省略してもよい。また、法別番号「93」に係るものは、記入の必要がない。

なお、例外処理として、都外医療機関等における^都医療費助成分は、例外処理として、保険分及び公費分「21」とは別に^都東京都負担医療費請求書（精神通院）により請求する。

③結核一般医療

負担者番号・受給者番号欄には、患者票の番号を記入する。負担者番号は、まず法別番号「10」から始まる番号を上段に優先して記入し、そのすぐ下に法別番号「93」から始まる番号を記入する。受給者番号は、「10」と「93」とでは同一の番号を記入する。療養の給付欄については、法別番号「10」の公費に係る請求点数を記入する。医療保険に係るものと同じ場合は省略してもよい。また、法別番号「93」に係るものは、記入の必要がない。

【公費負担医療の手引より抜粋】

(4) 提出支払

請求種別	提出先	提出期日	支払日
国保及び後期高齢者医療併用レセプト	東京都国民健康保険団体連合会	診療月の翌月10日	診療月の翌々月20日頃
社保併用レセプト	社会保険診療報酬支払基金東京支部	診療月の翌月10日	診療月の翌々月20日頃
介護保険併用レセプト「51」のみ	東京都国民健康保険団体連合会	診療月の翌月10日	
精神通院医療	区市町村国保・後期高齢・組合国保 ⇒東京都国民健康保険団体連合会 社保⇒社会保険診療報酬支払基金東京支部 ※国保の「93」の方は、併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会へ請求する。	診療月の翌月10日	
結核一般医療	国保⇒東京都国民健康保険団体連合会 社保⇒社会保険診療報酬支払基金東京支部 ※国保の「93」の方は、併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会へ請求する。	診療月の翌月10日	
その他例外処理での ⑧ 東京都負担医療費請求書等	東京都福祉保健局保健政策部医療助成課 〒163-8001 新宿区西新宿二丁目8番1号 電話番号 03(5320)4454	診療月の翌月10日	診療月の翌々月10日頃

※「公費負担医療費の請求・支払について」（様式はP.180参照）

これは、各医療機関から請求された公費負担医療費分について、既に東京都から国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金を通じて支払い済みのものうち、過誤調整などが必要と考えられるものを出力したものです。この通知が届きましたら、まずは医療機関において、理由内容に沿ってレセプト請求内容を確認し、訂正が必要なものについては、レセプトの取下げ及び再請求手続きを行ってください。

過誤処理を防ぐ一番の方法は、医療機関の窓口で⑧医療券等の確認をすることです。

主な過誤理由	
理由コード	内容 ⇒ 処理方法
請求金額エラー(高額限度額超)	レセプト特記事項欄の記入誤り(区分相違や空欄)のため、公費助成額に誤りが生じています。 ⇒レセプトの取下げ依頼をお願いします。返戻されたレセプトの特記事項欄に、医療券等の適用区分に合わせた記載等をした上で再請求してください。
認定期間外	請求のあった該当月は認定期間外です。 ⇒患者の公費受給資格がない場合は、レセプト取下げ依頼をお願いします。返戻されましたら、公費番号を削って再請求してください(他の公費を受給している場合は、その公費番号で再請求してください)。 (参考)負担者番号82137001・82137555・82137530・82137670(大気汚染関連疾病)は、認定請求からシステム反映まで時間がかかることがあります。
長期高額疾病請求額エラー	人工透析又は血友病の公費助成限度額(1万円)を超えて公費負担医療費を請求しています。 ⇒レセプトの取下げ依頼をお願いします。患者の特定疾病療養受療証を確認し、返戻されたレセプトの特記事項欄に、「02長」又は「16長2」を記載の上、再請求してください。
受給者該当なし	請求された受給者番号に該当する認定患者はおりません。 ⇒患者の医療券等を確認してください。レセプトを取下げ、正しい受給者番号に修正して再請求してください。 (参考)負担者番号82137001・82137555・82137530・82137670(大気汚染関連疾病)は、発行元ごとに受給者番号が異なるので、転居等により受給者番号が変わることがあります。 そのため、医療券等を適用する際は医療機関の窓口において⑧医療券等の確認をお願いします。

整理番号 2708000059	公費負担者番号 54135017	受給者氏名 生年月日	昭和 年 月 日生	保険者番号 38132285
				本人・家族
通票内容	平成27年 6月(外) 診療分	15,445 点	8,500 円	東
通票理由	請求金額エラー(高額医療費超過)			
処理方法	レセプト特記事項欄の記入誤り(区分相違や空欄)のため、公費支払額に誤りが生じています。			
	医療券の適用期間欄を確認してください。審査支払機関にレセプトの取下げ依頼をしていただき、レセプトが戻りましたら、適用区分欄に印字されている区分()で算定されるよう、特記事項欄、摘要欄等を訂正して再請求してください。			

様

1-13-

公費負担医療費の請求・支払について

平成27年 8月 7日

日ごろから、東京都が実施する公費負担・医療費助成制度に御協力いただき誠にありがとうございます。
 さて、貴機関から御請求いただいた公費負担医療費について、既に都から国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金を通じてお支払い済みのもものうち、右記のとおり誤りがあると出力されましたのでお知らせいたします。
 つきましては、請求内容を御確認のうえ、レセプト返戻による過誤調整の処理または適切な御請求に、御協力よろしくお願いたします。

- レセプト返戻による過誤調整について
 重複請求や公費負担者番号、認定期間外等の誤りで、過誤調整のためレセプト返戻を行う場合は、所定の様式でレセプトの取下げ依頼を下記まで御提出ください。御不明な点につきましては、お問い合わせください。

都内の医療機関等
 (1)国区分 東京都国民健康保険団体連合会 審査第2部進行調整課過誤調整係
 03-6238-0330(直通)
 (2)社庫分 社会保険診療報酬支払基金 東京支部
 03-3987-6181(代表)

都外の医療機関等
 (1)国区分 各道府県の国民健康保険団体連合会
 (2)社庫分 社会保険診療報酬支払基金の各道府県支部

- 医療費請求について
 受給者番号の記入ミスや他の医療費助成制度受給等の場合は、各欄医療費助成制度の医療費等を確認し、正しく御請求くださるようお願いいたします。

- 受給者の資格について
 公費負担者番号、受給者番号及び有効期間等につきましては、下記へお問い合わせください。
 東京都福祉保健局健康政策部医療助成課
 医療給付係 アル都担当
 03-5320-4454(ダイヤルイン)

- その他
 レセプト返戻の手続きを行った場合でも、行き違いで本通知が発送されることあります。また、本通知は診療月毎に作成しており、過去に発送した同一受給者の通知とは診療月等が異なります。御了承願います。

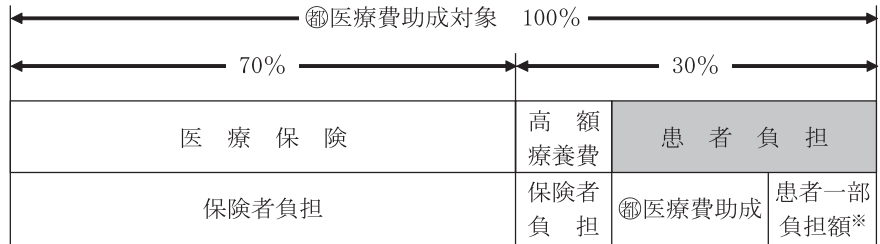
【公費負担医療の手引より抜粋】

6. 医療保険との関係

(1) ㊦医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

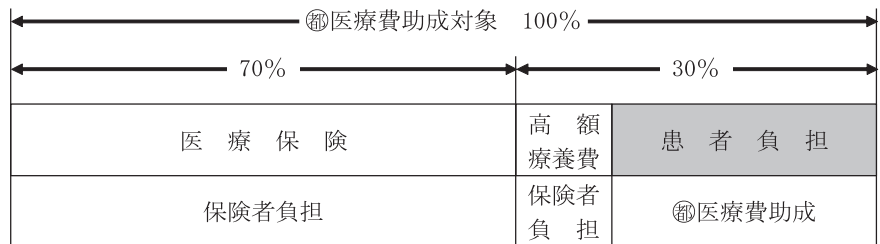
各種医療保険が優先適用され、その自己負担額を対象助成とする。

① 国保、後期高齢者医療又は社保・外来・患者一部負担額ありの場合



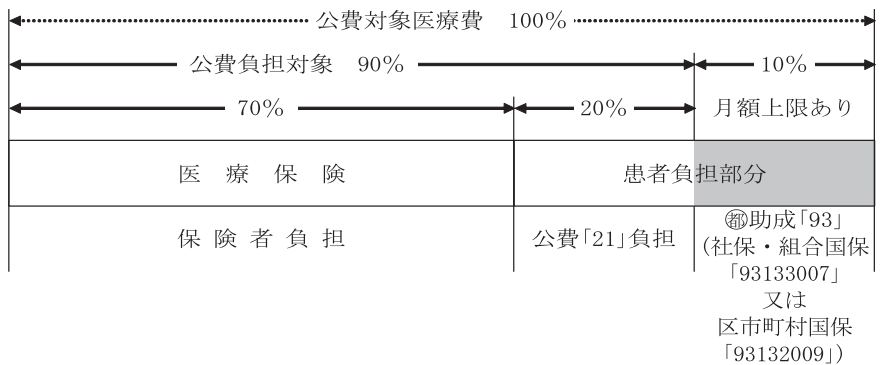
※「83」のみ医療保険適用後の自己負担割合が30%の場合は、医療費助成により自己負担割合が20%となる

② 国保、後期高齢者医療又は社保・外来・患者一部負担額なしの場合

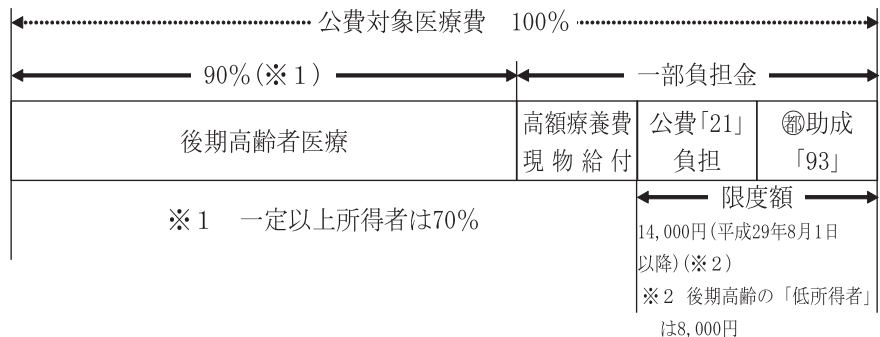


(2) 精神通院医療の場合

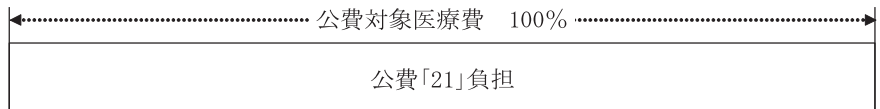
(例1) 社保及び区市町村国保及び組回国保の場合 ⇒ 医療保険が優先適用される。



(例2) 後期高齢者医療加入者の場合 ⇒ ㊦分が優先適用される。



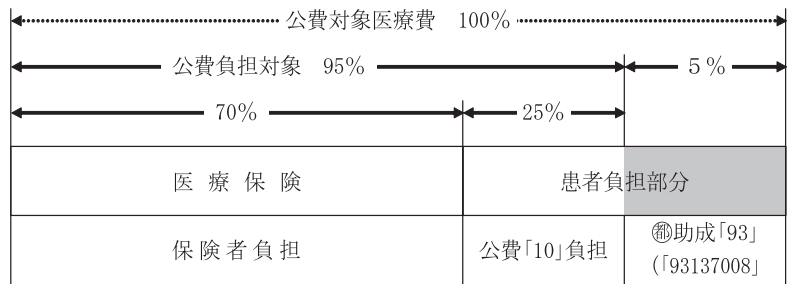
(例3) 生活保護法(医療扶助)



【公費負担医療の手引より抜粋】

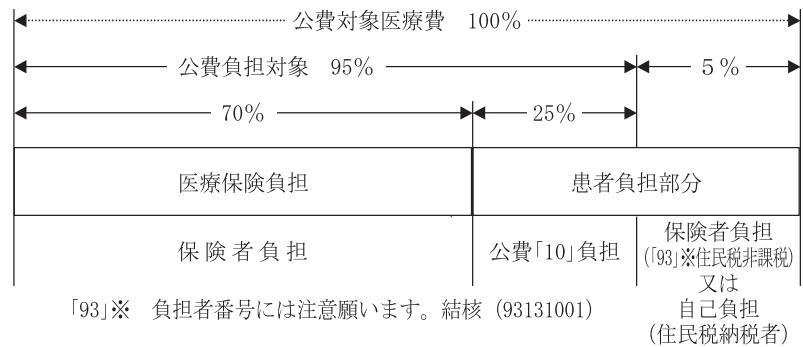
(3) 結核一般医療の場合

(例1) 社保 ⇒ 医療保険が優先適用される。

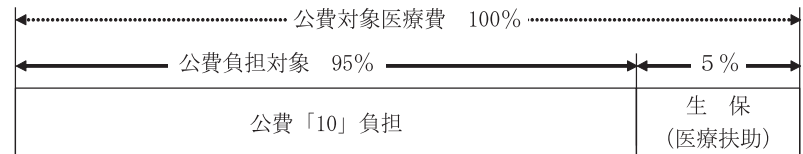


(住民税非課税者)

(例2) 区市町村国保

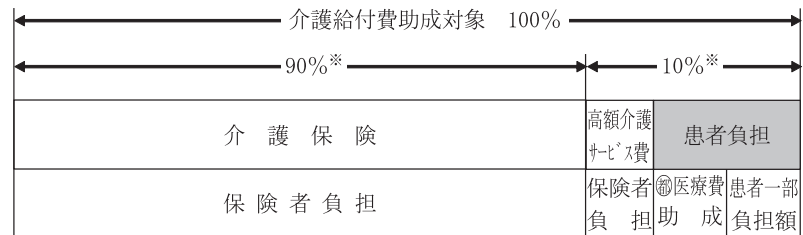


(例3) 生活保護法(医療扶助)



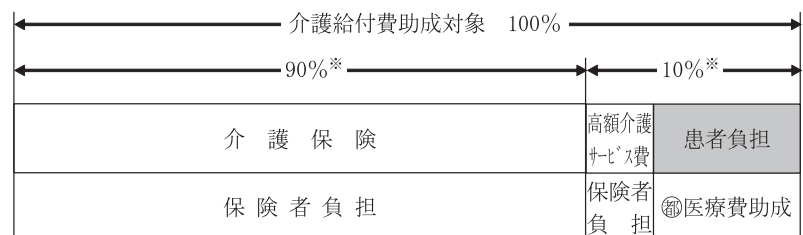
7. 介護保険との関係

(例1) 介護保険+難病医療「83」



※介護保険適用後の自己負担割合が2割となる方（平成27年8月1日以降）
については、保険者と患者との負担割合がそれぞれ80%、20%となる。

(例2) 介護保険+難病等医療「51」



※介護保険適用後の自己負担割合が2割となる方（平成27年8月1日以降）
については、保険者と患者との負担割合がそれぞれ80%、20%となる。

【公費負担医療の手引より抜粋】

8. 請求事例

事例1 「難病医療(都疾病-83136010)により医療費助成を行う場合」

A 病院 外来診療 実日数3日 (患者負担率3割(難病医療費の負担率は2割)
 自己負担上限月額 10,000円 難病医療対象分5,500点(総医療費も同点数とする。)
 [自己負担上限額管理票の記載内容]

令和3年1月分 自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額 10,000円					
日付	医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	徴収印
1月20日	××薬局	印

1日目 医療費総額 15,000円

70%	30%
医療保険 10,500円	患者負担 4,500円
保険者負担	医療費助成 1,500円 患者一部負担額 3,000円

2日目 医療費総額 25,000円

70%	30%
医療保険 17,500円	患者負担 7,500円
保険者負担	医療費助成 2,500円 患者一部負担額 5,000円

3日目 医療費総額 15,000円

70%	30%
医療保険 10,500円	患者負担 4,500円
保険者負担	(都) 医療費助成 4,500円

[計算式]

医療保険 38,500円
 [5,500点×7割]
 難病医療 8,500円
 [5,500点×3割－8,000円]
 患者負担 8,000円
 [(5,500点－1,500点)×2割]

レセプト記載例

療養の 給付	保険	請求	点	※決定	点	一部負担金	円
			5,500				
	公費 ①					8,000	円
	公費 ②						円

※ 公費①の欄に、医療費助成分の患者一部負担額を記載する。

【公費負担医療の手引より抜粋】

事例2 高齢受給者証及び後期高齢者医療

「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」

B 病院 外来診療 実日数3日 (患者負担率2割)

自己負担上限月額 10,000円 難病医療対象分5,500点(総医療費も同点数とする。)

[自己負担上限額管理票の記載内容]

特定医療費(指定難病)					
令和3年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額 10,000円					
日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印
1月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
1月20日	××薬局	印

1日目 医療費総額 20,000円

← 80% →	← 20% →
医療保険 16,000円	患者負担 4,000円
保険者負担	患者一部負担額 4,000円

2日目 医療費総額 20,000円

← 80% →	← 20% →
医療保険 16,000円	患者負担 4,000円
保険者負担	患者一部負担額 4,000円

3日目 医療費総額 15,000円

← 80% →	← 20% →
医療保険 12,000円	患者負担 3,000円
保険者負担	(都)医療費助成 3,000円

[計算式]

医療保険 44,000円

[5,500点×8割]

難病医療 3,000円

[5,500点×2割-8,000円]

患者負担 8,000円

[(5,500点-1,500点)×2割]

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	一部負担金	円
			5,500				
	公費①		点		点	8,000	円
	公費②		点		点		円

※ 公費①の欄に、(都)医療費助成成分の患者一部負担額を記載する。

【公費負担医療の手引より抜粋】

事例3 「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」

C 病院 外来診療 実日数3日 (後期高齢者医療制度患者負担率1割)

自己負担上限月額 5,000円 難病医療対象分4,700点(総医療費も同点数とする。)

[自己負担上限額管理票の記載内容]

特定医療費(指定難病)					
令和3年1月分 自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額 5,000円					
日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	印
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	印
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	印
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
1月20日	××薬局	印

1日目 医療費総額 20,000円

← 90% →	← 10% →
医療保険 18,000円	患者負担 2,000円
保険者負担	患者一部負担額 2,000円

2日目 医療費総額 12,000円

← 90% →	← 10% →
医療保険 10,800円	患者負担 1,200円
保険者負担	患者一部負担額 1,200円

3日目 医療費総額 15,000円

← 90% →	← 10% →
医療保険 13,500円	患者負担 1,500円
保険者負担	都医療費助成 1,500円

[計算式]

後期高齢者医療制度 42,300円
 [4,700点×9割]
 難病医療 1,500円
 [4,700点×1割-3,200円]
 患者負担 3,200円
 [(4,700点-1,500点)×1割]

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	一部負担金	円
			4,700				
	公費①					3,200	円
公費②						円	

※ 公費①の欄に、医療費助成分の患者一部負担額を記載する。

【公費負担医療の手引より抜粋】

事例4 「精神通院医療 社保、精神通院医療「21」及び「93」の場合」

実日数1日

総医療費 1,800点 精神医療分 1,200点

精神医療対象外分 600点

精神医療対象分(12,000円)

← 公費負担対象 90% →		← 10% →
← 70% →		← 20% → 月額上限あり
医療保険 8,400円	精神公費 2,400円	患者 1,200円
保険者負担	精神公費負担	㊦助成

精神医療対象外分(6,000円)

← 70% →	← 30% →
医療保険 4,200円	患者負担部分 1,800円
保険者負担	

[レセプト記載例]

市町村				
公費①	21	13	601	5
公費②	93	13	300	7

療養の 給付	保険	請求点	一部負担金額	円
		1,800		
	公費	※精神医療対象分の 点数を記載	円	※精神医療対象分の ㊦助成額を記載
	①	1,200 点		1,200 円
	公費			
	②			

※ 精神医療対象外分に㊦を適用する場合、社保併用の㊦助成額は別請求となる。

[計算式]

医療保険 12,600円 [1,800点×7割]

精神公費 2,400円 [1,200点×9割－1,200点×7割]

㊦助成「93」 1,200円 [1,200点×1割]

患者負担 1,800円 [600点×3割]

【公費負担医療の手引より抜粋】

事例5 「精神通院医療 ㊟後期高齢者医療と精神通院医療「21」の場合」

精神通院医療「21」は、後期高齢者医療(高齢受給者の場合は医療保険)を優先し、当該医療費の10%(ただし、14,000円(平成29年8月1日以降)を限度とする。また、低所得Ⅰ・Ⅱの方は、8,000円を限度とする。)と精神通院医療の上限額との差額について負担する。精神通院医療の上限額までの部分について「93」が助成する。また、精神通院医療に係る医療とそれ以外の医療が同時に併せて行われる場合のそれ以外の医療については後期高齢者医療における定率負担となる高齢者の医療の確保に関する法律に基づく一部負担金は、まず精神通院医療に係る医療費について、次いで精神通院医療に係る医療費以外について生じるものとして取り扱う。

実日数2日(後期高齢者医療患者負担率 1割負担の場合)

総医療費 2,400点 後期高齢単独分 1,000点 精神通院医療分 1,400点

	後期高齢単独分	精神通院医療分	「93」助成分	窓口徴収額
1日目	5,000円	7,000円	700円	500円
2日目	5,000円	7,000円	700円	500円

1日目 後期高齢単独分 5,000円 精神通院医療分 7,000円

後期高齢	患者	後期高齢	㊟助成
4,500円	500円	6,300円	700円

2日目 後期高齢単独分 5,000円 精神通院医療分 7,000円

後期高齢	患者	後期高齢	㊟助成
4,500円	500円	6,300円	700円

計 後期高齢単独分 10,000円 精神通院医療分 14,000円

後期高齢	患者	後期高齢	㊟助成
9,000円	1,000円	12,600円	1,400円

〔レセプト記載例〕

市町村	39	13	〇〇〇	〇
公費①	21	13	601	5
公費②	93	13	300	7

療養の給付	保険	請求点 2,400		一部負担金額 円
	公費①	1,400		1,400
	公費②			

〔計算式〕

後期高齢 21,600円 [24,000円×9割]

㊟助成「93」 1,400円 [14,000円×1割] 患者負担 1,000円 [10,000円×1割]

【公費負担医療の手引より抜粋】

「別表2」

区分	疾病名	対象者
難病等 (国疾病)	スモン プリオン病(ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る)	東京都の区域内に住所を有する者であって、一又は二に掲げるもの。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
難病等 (都疾病)	悪性高血圧 母斑症(指定難病の結節性硬化症、スタージ・ウェーバー症候群及びクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群を除く。) 特発性好酸球増多症候群 びまん性汎細気管支炎 遺伝性QT延長症候群 網膜脈絡膜萎縮症 骨髄線維症 肝内結石症	一 疾病名の欄に掲げる疾病にり患している者であって、知事が別に定める基準を満たすもの、ただし、次のいずれかに該当する者を除く。 (イ)母斑症のうち神経皮膚黒色症、ゴーリン症候群(基底細胞母斑症候群)及びフォン・ヒッペル・リンドウ病並びに特発性好酸球増多症候群のうち好酸球増加症、遺伝性QT延長症候群、骨髄線維症及び先天性血液凝固因子欠乏症等(第Ⅷ因子欠乏症等を除く)にり患している者であって、児童福祉法第6条の2第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める疾病及び同条第2項の規定に基づき当該疾病ごとに厚生労働大臣が定める状態の程度(以下「小児慢性特定疾病及び当該疾病に係る厚生労働大臣が定める状態の程度」という)に該当するもの(当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る)
特殊医療 (先天性血液凝固因子欠乏症等)	先天性血液凝固因子欠乏症等(第Ⅰ因子欠乏症、第Ⅱ因子欠乏症、第Ⅴ因子欠乏症、第Ⅶ因子欠乏症、第Ⅷ因子欠乏症、第Ⅸ因子欠乏症、第Ⅹ因子欠乏症、第ⅩⅠ因子欠乏症、第ⅩⅡ因子欠乏症、第ⅩⅢ因子欠乏症、フォン・ヴィルブランド病及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症をいう。)	(ロ)先天性血液凝固因子欠乏症等のうち第Ⅷ因子欠乏症等及び人工透析を必要とする腎不全にり患している者であって、特定疾病療養受療証の交付を受けていないもの又は小児慢性特定疾病及び当該疾病に係る厚生労働大臣が定める状態の程度(当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る)
特殊医療 (人工透析)	人工透析を必要とする腎不全	二 同一の月に受けた都単独疾病に係る医療につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例(これによることができないとき、及びこれによることを適当としないときは知事が別に定める算定方法)により算定した当該医療に要した費用の額が33,330円を超えた月数が申請日の属する月以前の12月以内に既に3月以上である者又はこれに準ずるものとして知事が別に定める者(都単独疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る。)
難病等 (国疾病・経過措置※1)	劇症肝炎 重症急性膵炎	次の一及び二に掲げる者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 一 東京都の区域内に住所を有する者 二 平成26年12月31日において疾病名の欄に掲げる疾病に係る医療費助成

【公費負担医療の手引より抜粋】

区分	疾病名	対象者
		<p>を受けていた者であって、引き続き平成27年1月1日から当該疾病に係る医療費助成を受けている者(更新が続く限り対象)</p>
<p>小児精神病</p>	<p>精神障害で入院医療を要する疾病及び精神障害に付随する軽易な傷病</p>	<p>以下のいずれにも該当する者</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 現に左記の疾病に該当し、精神科病院又は病院の精神病床に入院をしている者 (2) 満18歳未満の者 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 (4) 満18歳に達した時点で引き続き医療を受ける場合は満20歳未満とする。 (5) 認定期間内であっても退院と同時に医療券は失効する。
<p>被爆者の子に対する医療</p>	<p>(1)～(11)の障害を伴う疾病及びその続発症</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 造血機能障害 (2) 肝臓機能障害 (3) 細胞増殖機能障害 (4) 内分泌腺機能障害 (5) 脳血管障害 (6) 循環器機能障害 (7) 腎臓機能障害 (8) 水晶体混濁による視機能障害 (9) 呼吸器機能障害 (10) 運動器機能障害 (11) 潰瘍による消化器機能障害 <p>※医療券に認定疾病名が記載されている。</p>	<p>以下のいずれにも該当する者</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 被爆者の実子であり健康診断受診票の交付を受けた者 (2) 左記の障害を伴う疾病にかかり、6か月以上の医療を必要とする者。 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
<p>大気汚染関連疾病</p>	<ol style="list-style-type: none"> (1) 気管支ぜん息 (2) 慢性気管支炎 (3) ぜん息性気管支炎 (4) 肺気しゅ (5) (1)～(4)の続発症 	<p>以下のいずれにも該当する者。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 現に左記の疾病に該当する18歳未満の者(生年月日が平成9年4月1日以前の被認定者は更新のみ可能)。 (2) 東京都の区域内に引き続き1年(3歳に満たない乳幼児は6か月)以上住所を有する者。 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 (4) 喫煙していない者

【公費負担医療の手引より抜粋】

区分	疾病等の範囲	対象者
妊娠高血圧症候群等	妊娠により入院医療を必要とする疾病及びその続発症 (1) 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患 (2) 糖尿病及び妊娠糖尿病 (3) 貧血 (4) 産科出血 (5) 心疾患	以下のいずれにも該当する者。 (1) 左記の疾病に該当する者。 (2) 前年分の総所得税額が30,000円以下の世帯に属する者又は入院見込期間が26日以上のある者。ただし、生活保護受給者、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
結核一般医療	(1) 肺結核 (2) 肺外結核 ※比較的最近、結核に感染したと考えられる方などで、発病の危険が高い方(潜在性結核感染症)も含む	(1) 国の制度：左記の疾病に該当する者。 (2) 都の制度：次のいずれにも該当する者。 ①国の制度による患者票の交付を受けた者。 ②区市町村住民税非課税者。ただし、区市町村国民健康保険の被保険者、生活保護受給者及び療育給付受給者を除く。 (注)区市町村国民健康保険の被保険者(住民税非課税者等)は、国の制度の適用後の残り5%は保険給付される。
精神通院医療	精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して行われる通院医療	(1) 国の制度：左記の障害により通院医療を必要とする者 (2) 都の制度：次のいずれにも該当する者 ①国の制度による医療受給証の交付を受けた者 ②区市町村住民税非課税者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じないもの及び区市町村国民健康保険の被保険者を除く。 (注)区市町村国民健康保険の被保険者(住民税非課税者等)は、国の制度の適用後の自己負担分は保険給付される。
B型・C型ウイルス肝炎	B型ウイルス肝炎又はC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病、C型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病及びB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病	以下のいずれにも該当する者 (1) 東京都の区域内に住所を有する者 (2) 左記の疾病に該当する者 (3) 医療保険各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
B型肝炎ウイルス若しくはC型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変	B型肝炎ウイルス若しくはC型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変に対して行われる入院治療及び肝がん通院医療(「分子標的薬を用いた化学療法」または「肝動注化学療法」による通院治療に限る。)	以下のいずれにも該当する者 (1) 東京都内に住所がある者 (2) B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変と診断され入院医療を受けている者又はB型・C型肝炎ウイルスによる肝がんと診断され外来医療を受けている者 (3) 年収が概ね370万円未満の者(ただし、生活保護受給者は除く。) (4) 保健医療機関における「肝がん・重度肝硬変入院関係医療」又は「肝がん外来関係医療」の自己負担額が高額療養費算定基準を超えた月が、申請月の前の11か月以内に2か月以上ある者 (5) 肝がん・重度肝硬変の治療の研究への協力に同意している者

【公費負担医療の手引より抜粋】

9. 現金給付（償還払い）

(1) 医療費

⑩医療費の受給者が、認定の申請中等で⑩医療券を医療機関の窓口で提示できないときは、医療保険単独の扱いとなるので自己負担分を窓口で徴収する。患者は、医療機関の窓口で支払った金額について、東京都福祉保健局に支給申請を行い、⑩医療費の償還を受ける。

申請に必要な書類

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」(P.201参照)

※「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」内の医療機関等証明欄は、医療機関で記入する。医療機関は、患者に⑩医療券の提示を求め、有効期間及び認定疾病・病名を確認し、レセプトの点数のうち⑩医療費分について記載する。なお、領収書だけでは、診療内容が確認できないので、医療機関等証明欄により、⑩医療費助成対象の医療費であることを証明する必要がある。

・本人払い（償還払い）〈現金給付扱い〉

次の理由により、患者が医療機関等の窓口で支払った認定疾病に対する医療費は、患者本人等が東京都へ所定の申請書で申請することにより、返還を受けることができます。

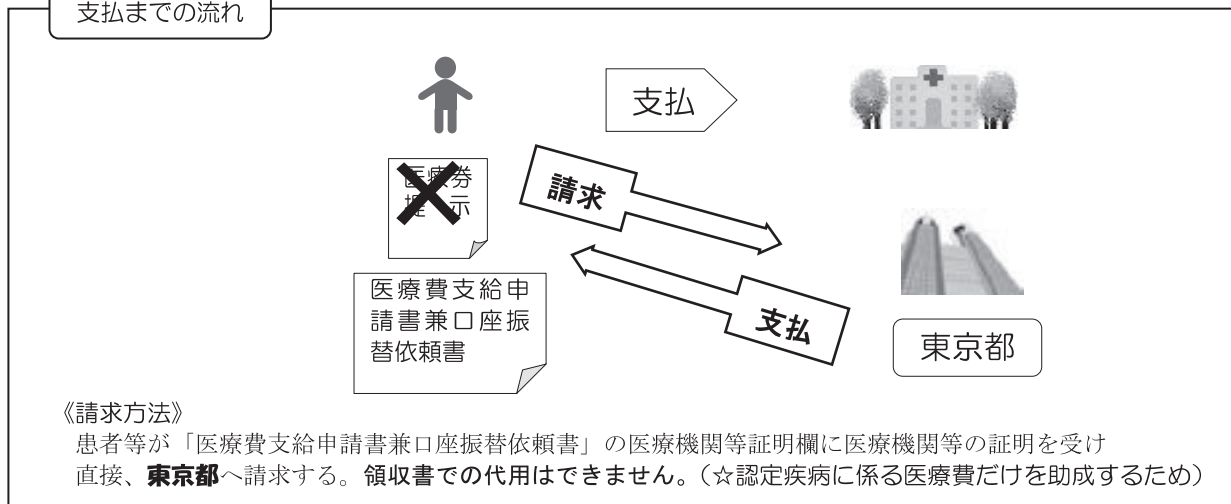
申請書を東京都が受理してから支払いまでには、概ね2か月、事例によっては3か月の期間を要します。

- ア ⑩医療券等に記載された有効期間の開始日から⑩医療券等が交付されるまでの間に支払った医療費
- イ 東京都と契約していない医療機関等で支払った医療費
- ウ 健康保険の変更等により月額自己負担限度額が減額された⑩医療券等の交付を受けた者が、届出等から減額後の⑩医療券等が交付されるまでの間に、減額前の⑩医療券等により患者一部負担金として支払った医療費

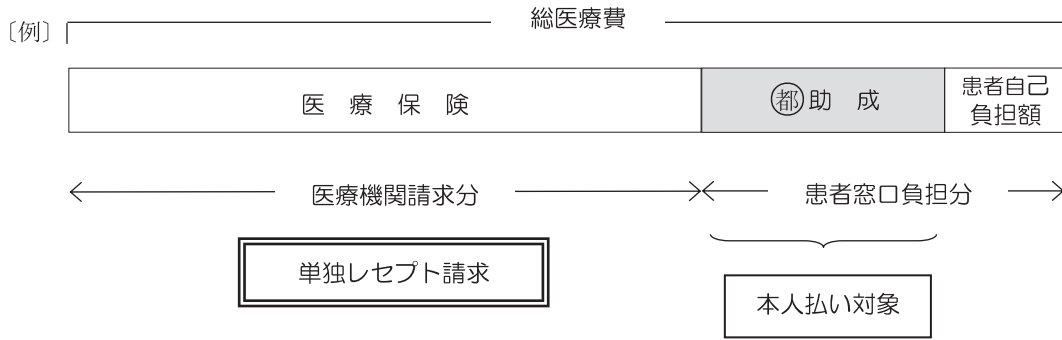
【本人払いの請求方法等】

- 患者は、『医療費支給申請書兼口座振替依頼書』の医療機関等証明欄に医療機関等の証明を受け、直接東京都へ請求します。領収書添付の必要はありません。
- 医療費の請求は、認定された疾病のみに対する医療費助成のため、上記ウを除いて領収書では受け付けていません。(上記ウにおいても、領収書で受け付けられるのは、領収額が月額自己負担限度額と同額であるか、医療券等を使用したことが明記されているものに限りです。)
- 公費負担者番号が「54」「83」「52」又は「38」の⑩医療券等をお持ちの方において、還付請求する月と同一月で「自己負担上限額管理票」を使用して医療費を支払った場合は、その管理票の写しも添付するようお願いしています(ただし、「38136024(肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業)」は除く。)

支払までの流れ



【公費負担医療の手引より抜粋】



【「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」医療機関等証明欄の記入に際しての留意点】

- 証明の際には、必ず^都医療券等の提示を受け、東京都から医療費助成が受けられることを確認してください。
 - 有効期間外であるものは証明しないでください。
また、医療機関の受領金額が医療券に記載されている月額自己負担限度額を超えない場合は、患者など申請者の求めに応じ、証明をしてください。
公費負担者番号「54」「83」「52」又は「38」の患者負担額は、ひと月ごとに自己負担額を管理するため、ひとつの医療機関での支払いが月額自己負担限度額内であったとしても、他の医療機関での支払いを合算した場合に月額自己負担限度額を超え、本人払い（償還払い）が生じる場合があります。
 - 証明の際は、「医療機関等コード」及び記入担当者の氏名と所属も必ず記入してください。
 - 都の助成額を既に公費併用レセプトにより請求したものの証明はしないでください。
 - 医療機関が証明した金額のうち、東京都は高額療養費相当額を控除して支払います。従って、申請書の証明金額の全額が支払われない場合もあります。高額療養費相当額は、患者本人が加入している保険者に請求する必要があります。
 - 特定疾病療養受療証について
人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009）又は先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）のうち病名が「第8因子欠乏症」、「第9因子欠乏症」又は「血友病等」の方は、制度上「特定疾病療養受療証」の取得及び提示が前提となっているため、自己負担限度額が1万円の方は療養証明書欄の備考欄に「長1」と、同2万円の方は「長2」と記載してください。
人工透析により特定疾病療養受療証をお持ちの方で、上位所得者の自己負担限度額は2万円ですが、負担者番号が82138009の医療券の助成の上限は1万円（差額の1万円は、他の公費で助成される場合を除いて患者負担）となります。
 - 限度額適用認定証について
医療機関での支払いの際に、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示されていた場合は、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の区分に記載の記号を、医療機関等証明欄の備考欄に記載してください。
- なお、この申請書の問い合わせは東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療給付担当（TEL 03-5320-4454）までお願いします。

【公費負担医療の手引より抜粋】

★「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病（経過措置）、小児慢性特定疾病）」医療機関等証明欄の記入の留意事項について

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
診療 調剤	年月	保険種別	負担区分	入院 外来 別 調剤	受診日数	左記の うち 有効期 間内の 日数	1か月分の保険 総点数 (訪問看護ス テーションの場 合は総金額)	左記のうち有効期間 内かつ特定医療に 係る保険点数 (訪問看護ステ ーションの場合は金 額)	窓口での患者負 担額(注)
1 月途中から有効 期間開始の場合	2年11月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	5日	3日	58,310点(円)	21,789点(円)	174,930円
2 限度額認定の提 示があった場合	2年11月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	1割 2割 3割	工 入院(1) 外来(2) 調剤(4)	5日	3日	58,310点(円)	21,789点(円)	57,600円
3 70歳以上の方 (入院)	3年1月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	1割 2割 3割	I 入院(1) 外来(2) 調剤(4)	10日	10日	98,010点(円)	98,010点(円)	15,000円
4 70歳以上の方 (外来・薬局)	3年2月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	1割 2割 3割	II 入院(1) 外来(2) 調剤(4)	1日	1日	10,250点(円)	7,370点(円)	8,000円
5 訪問看護ステ ーションの場合	2年11月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	7日	7日	5,280点(円)	5,280点(円)	1,580円
注 「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数として窓口で支 払った額(対象疾病以外も含む)の合計を記入してください。 ※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。								合計 257,110円	

該当するものに
○をしてください。
(薬局は調剤4に
○をしてください。)

上記のとおり証明します。 ○年 ○月 ○日

○(医科)・○(歯科)・○(3)・○(調剤4)・○(看護6)

所在地 東京都千代田区丸の内3-5-1
施設名 都庁病院
医療機関名
管理者名 院長 新宿 太郎
電話番号 03(5320)××××

医療機関コード 7 6 5 4 3 2 1

医療機関コード(7桁)を
必ず記入ください。

所属・担当者名(問い合わせに
対応できる方)を必ず記入し
てください。

部署名 医事課 外来
氏名 健康 一子
記入者名
電話番号 03(5320)××××
(内線まで) (内)△△△

必ず押印してください。

【留意点】レセプト単位で記入してください。記入例①から⑧は以下のとおりお願いします。

- 「保険種別」・「負担区分」は受診時の主保険の情報に○をしてください。
- 「限度額認定証の提示」は支払時に提示があった場合のみ、適用区分を記入してください。
(窓口での患者負担額の根拠として確認させていただきます。証明記入時の受給者証の区分とは一致しない場合があるため、不明な場合は記入しないでください。)
- 入院、外来、調剤のいずれかに○をしてください。薬局は外来ではなく「調剤」を選択してください。
- 「受診日数」は受給者証等の有効期間にかかわらず、月の診療日数(レセプトの日数)を記入してください。
※薬局では処方せんの受付回数を記入してください。
- 「左記のうち有効期間内の日数」は④受診日数のうち、受給者証の有効期間内の日数を記入してください。
※薬局では処方せんの受付回数を記入してください。
- 「1か月分の保険総点数」は当該月の保険総点数※(レセプトの点数)を記入してください。
※訪問看護ステーションの場合は、当該月の療養費(円)を記入してください。
- 「左記のうち有効期間内かつ特定医療に係る保険点数」は受給者証の有効期間内かつ認定疾病にかかる点数
※を記入してください。
※訪問看護ステーションの場合は、認定疾病のみに係る療養費(円)を記載してください。
- 「窓口での患者負担額」は、⑥で記載の1か月の保険点数に対応する窓口領収額を記入してください。
※助成額は⑦の点数から高額療養費等を考慮して都が再計算するため、⑧の金額とは必ずしも一致しません。

(2) 介護給付費

介護給付費の利用者負担額を助成する。

申請に必要な書類

「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」(P.202参照)

※介護給付費利用者負担額証明欄は、サービス事業者等で記入する。

【公費負担医療の手引より抜粋】

・用紙の配付

各区市町村の担当窓口で配布しており、用紙をコピーして使用することも可能。東京都福祉保健局では公式ホームページに掲載しており、ダウンロードが可能となっている。

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病用）」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/tukaikata/s_nanbyo.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病（経過措置）、小児慢性特定疾病）」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/tukaikata/s_5452.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（38・82・87用）」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/tukaikata/s_maruto8287.html

「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/tukaikata/s_kaigo.html

以下の用紙は、各区市町村の担当窓口での配布はないが、前記用紙と同様に公式ホームページにて掲載しており、ダウンロードが可能となっている。

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病（国疾病）、特殊医療）」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/tukaikata/s_jusyo.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病/生活保護受給者用）」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/tukaikata/s_nanbyo_seiho.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（肝がん・重度肝硬変用）」

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/sinseisyo3.html>

【請求先】

東京都福祉保健局保健政策部医療助成課

郵便番号 163-8001

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

電話番号 03(5320)4454

10. Q&A

Q 1 訪問看護や訪問診療の際、出先で毎回金額を請求することができないが、どのように請求したらよいのか。

A 1 訪問診療や訪問看護を実施した月の月末の日付で、月の診療又は訪問看護費用を記載し、請求することが可能。その際、すでに自己負担上限月額まで達していた場合は、上限額を超える分は全て公費に請求することとなり、達していない分については、本人への請求となる。

Q 2 Q 1 の請求を口座引き落としで行っている場合、徴収印は、口座の引き落としを確認してからにしたい。実際にいつの段階で押せばいいのか。診療・訪問した月から1か月又は2か月は遅れてしまうことが考えられる。自己負担上限額管理票を預かってよいのか。

A 2 自己負担上限額管理票を一つの事業所が預かってしまうと、患者の方が他の医療機関で受診する際に問題となる可能性がある。そのため、あらかじめ患者に関わる医療機関が分かっている場合に、事前に関係機関との協議により、毎月、自己負担上限額を超えることが経験上分かっている医療機関があれば、その機関のみが自己負担上限額管理票に記載し患者の方からの徴収を行うこととし、その他の機関は始めから公費請求を行うこととするなどといった取り決めをしておくことも考えられる。

Q 3 介護保険では、1円単位で請求が出てくるが、自己負担上限額管理票にはどのように記載したらよいのか。

A 3 本人に対する請求を1円単位で行った後、自己負担上限額管理票には、10円未満を四捨五入した金額を記載することとされている。

【公費負担医療の手引より抜粋】

- Q 4 自己負担上限額に達している等、患者の自己負担が生じない場合も、自己負担上限額管理票に記載する必要があるか。
- A 4 自己負担上限額管理票に総医療費の記載が必要であるのは、①高額かつ長期に渡り医療費が必要となる方に対して今後の医療費助成における自己負担上限月額が軽減される根拠となる可能性があることと、②軽症かつ高額な医療費を要することを持って医療費助成の対象となることを証明する根拠となる可能性があることの、二つの理由からである。そのため、患者自己負担額の有無にかかわらず、原則として記入することが望ましい。
- ①「高額かつ長期」の基準
認定を受けた後の一月の医療費総額（認定を受けた難病に係る10割分）が高額（5万円超）である月が6回以上ある場合
→患者の方の区市町村民税の課税額等に応じ、自己負担上限月額が下がる場合がある。
- ②「軽症かつ高額」の基準
一月の医療費総額（認定に関する難病に係る10割分）が高額（33,330円超）である月が3回以上ある場合
→軽快・重症化を繰り返す疾病に罹患しているなど更新時に軽快し認定の基準である重症度分類を満たさない場合であっても認定となる。
- Q 5 病院・診療所が処方箋を前月の終わりに発行し、その月を超えて保険薬局に処方箋が持ち込まれた場合、自己負担上限額管理票はいつの月に記載すればよいか。
- A 5 レセプト請求の月と同じように実際に診察・処方や調剤を行った月に記載してする。具体的には、病院・診療所は、処方箋を発行した月に、保険薬局は、調剤を行った月に記載する。
- Q 6 受給者証を提示されたが、自己負担上限額管理票を持ってこなかった患者に対し、どのように取り扱えばよいか。
- A 6 患者一部負担割合が3割の方については、医療費総額の2割の額又は受給者証に記載された負担上限月額のうち低い方の額を領収する。払いすぎた分については、後日、患者から直接東京都福祉保健局に超過分を請求することになる。
- Q 7 83のマル都医療券（難病・都疾病）だけでなく、80のマル障を持っている患者が受診しているが、80のマル障のみ適用してよいか。
- A 7 83のマル都医療券（難病・都疾病）と80のマル障の併用がある場合、優先順位としては、第一公費を83のマル都医療券（難病・都疾病）、第二公費を80のマル障とする。

【参考】一部負担金の徴収方法（難病（都疾病）83とマル障課税者80136***・マル親課税者81136***）

難病（都疾病）で一部負担額が発生する場合に、一部負担額から医療費総額の1割（ただし、当該受診の難病（都疾病）の自己負担額まで）を控除した額をマル障・マル親に請求する。

【事例】難病（都疾病）83136010 70歳未満の者（患者負担3割の場合）

- 自己負担上限額：低所得Ⅱ（5,000円）
- 一般の健康保険加入者（窓口負担3割→2割）
- マル障・マル親の自己負担額：1割

難病（都疾病）の一部負担額をマル障・マル親が助成する。ただし、医療費総額の1割（当該受診の際の難病（都疾病）の自己負担額まで）は自己負担となる。

【公費負担医療の手引より抜粋】

診療日	医療費 総額	医療保険		難病(都疾病)		マル障(課税)・マル親(課税)		
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	考え方
1日目	22,000	15,400	6,600	2,200	4,400	2,200	2,200	1割負担
2日目	10,000	7,000	3,000	2,400	600	0	600	1割のうち難病上限まで
3日目	20,000	14,000	6,000	6,000	0	0	0	
4日目	50,000	35,000	15,000	15,000	0	0	0	
合 計	102,000	71,400	30,600	25,600	5,000	2,200	2,800	

難病(都疾病)の自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

その他、難病医療費助成制度に関する情報については、東京都福祉保健局のホームページ「難病ポータルサイト」の項目に掲載されている。

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/nanbyo/nk_shien/index.html

【公費負担医療の手引きより抜粋】

第18号様式（第7条関係）

（表）

(都) 医療券

負担者番号										
受給者番号										
対象者	住所									
	氏名									
	生年月日									
病名	①									
	②									
	③									
有効期間										
月額自己負担限度額										
高額長期	軽症高額	呼吸器等	同一世帯	特定医療	重症認定					
その他										

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に利用する。
難病（都疾病）：白色

別紙

年 月 分 自己負担限度額管理票

受診者名		受給者番号			
自己負担上限月額					
					円 (円)
日付	(指定) 医療機関名	医療費 介護サービス費 額(10割分)	自己負担額・ 利用者負担額	自己負担の 累積額 (月額)	集収印

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	医療機関名	集収印

(日本工業規格A列5番)

(都) 医療券

(本人負担なし)

負担者番号										
受給者番号										
対象者	住所									
	氏名									
	生年月日									
病名										
有効期間										
助成内容		上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、その自己負担相当額金額								
認定条件										

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
難病（患者負担なし）：もも色

第19号様式（第7条関係）

（表）

(都) 医療券

負担者番号										
受給者番号										
対象者	住所									
	氏名									
	生年月日									
病名										
有効期間										
助成内容等										

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
特殊医療（人工透析）：クリーム色

【公費負担医療の手引きより抜粋】

都 医 療 券 (本人負担有り)			
負担者番号			
受給者番号			X
対象者	住所		
	氏名		
	生年月日		
病名			
有効期間			
助成内容 上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、その自己負担相当額の一部			
認定条件			
上記のとおり決定します。			
東京都知事		印	

この医療券は、次の疾病に使用する。
B型又はC型肝炎ウイルス肝炎（課税）： ラベンダー

第38号様式(第7条関係)

(表)

都 医 療 券 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証) (食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担)			
負担者番号			
受給者番号			X
対象者	住所		
	氏名		
	生年月日		
保険等	保険者番号	適用区分	
	記号	番号	
有効期間			
0円			
自己負担月額 ※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が0円となりますが、その他の外実等は窓口で一部負担金(3割等の金額)を支払い、後日東京都に償還払いの請求を行うことにより自己負担額が0円となります。			
助成内容 助成条件を満たした場合に限り、肝がん・重度肝硬変関係医療の費用のうち3月以降の費用について、自己負担額を全額助成する。			
助成条件 同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(同一の保険者における自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)のうち、当該医療が行われた月以前の12月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月が既に2月以上ある月のもの			
上記のとおり決定します。			
東京都知事		印	

(日本産業規格A列J5番)

都 医 療 券 (食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担)			
負担者番号			
受給者番号			X
対象者	住所		
	氏名		
	生年月日		
病名			
有効期間			
助成内容 上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除いた自己負担相当額全額			
認定条件			
上記のとおり決定します。			
東京都知事		印	

この医療券は、次の疾病に使用する。
B型又はC型肝炎ウイルス肝炎（非課税）： はた色

第39号様式(第7条関係)

(表)

都 医 療 券 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証) (本人負担有り)			
負担者番号			
受給者番号			X
対象者	住所		
	氏名		
	生年月日		
保険等	保険者番号	適用区分	
	記号	番号	
有効期間			
自己負担月額 同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関及び保険者ごとに1万円 ※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が1万円となりますが、その他の外実等は窓口で一部負担金(3割等の金額)を支払い、後日東京都に償還払いの請求を行うことにより自己負担額が1万円となります。			
助成内容 助成条件を満たした場合に限り、肝がん・重度肝硬変関係医療の費用のうち3月以降の費用について、自己負担額が同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関及び保険者ごとに1万円となる。			
助成条件 同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(同一の保険者における自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)のうち、当該医療が行われた月以前の12月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月が既に2月以上ある月のもの			
上記のとおり決定します。			
東京都知事		印	

(日本産業規格A列J5番)

【公費負担医療の手引きより抜粋】

都 医 療 券
(食事療養標準負担額のみ本人負担)

負担者番号									
受給者番号									X
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
助成内容	上記認定疾病について医療保険各法を適用し、入院時の食事療養標準負担額を除いた自己負担相当額全額								
認定条件									

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
 妊娠高血圧症候群等：クリーム色
 小児精神病：クリーム色

都 医 療 券
(食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担)

負担者番号	8	2	1	3	7				
受給者番号									X
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								性別
疾病名									
有効期間									
助成内容	上記認定疾病について、医療保険各法を適用し、その自己負担額(入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除く)								
その他									

上記のとおり決定します。
平成 年 月 日

認定権者名 公印

この医療券は、次の疾病に使用する。
 大気汚染関連連疾病：みどり色

第11号様式

(表 面)

都 医 療 券
(本人負担有り)

負担者番号	8	2	1	3	7				
受給者番号									X
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
疾病名									
有効期間									
月額自己負担限度額									
助成内容									

上記のとおり決定します。

年 月 日

印

この医療券は、次の疾病に使用する。(平成30年4月1日から)
 大気汚染関連連疾病：もも色

第23号様式 (第7条関係)

(表)

都 医 療 券
(本人負担有り)

負担者番号①									
負担者番号②									X
受給者番号									X
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
月額自己負担限度額									円
認定条件									

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

大きさ
 (縦 137ミリメートル)
 (横 89ミリメートル)

【公費負担医療の手引きより抜粋】

第22号様式（第7条関係）

（表）

都 医 療 券	
（食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担）	
負担者番号①	
負担者番号②	
受給者番号	X
対象者	住 所
	氏 名
	生年月日
病 名	
有効期間	
助成内容	上記認定疾病について医療保険各法等を適用し、入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除いた自己負担相当額全額
認定条件	
上記のとおり決定します。	
東京都知事 印	

大きさ
 [縦 137ミリメートル
 横 89ミリメートル]

【公費負担医療の手引より抜粋】

【原紙は、A3サイズ】

医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(難病用)

この申請書は、受給者証又は医療券を併用して支払った医療費や自己負担上限額を超えて支払った医療費を請求するためのものです。該当する医療費がないときは、提出の必要はありません。詳しくは裏面をお読みください。

- 医療機関等に受給者証等を提示の上、右欄に証明を受けてください。
- 申請書は医療機関ごとに1枚必要です(証明書発行にかかる手数料は助成対象外です)。
- 申請者の方は、本枠の中を記入し、医療機関等で証明を受けて、下記まで郵送してください。
- 裏面の記載欄に注意事項を必ずお読みください。
- 振込み時に、支給額・振込予定日を郵送でお知らせします(振込みまで2~3か月程度かかります)。

〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1
【書類送付先】 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課マール都担当 電話 03(5320)4454

※太枠の中は、必ず記入してください。

金融機関コード (記入しないでください。)	0
(公費)負担者番号	13
受給者番号	
住所	〒()
氏名	
生年	明治 大正 昭和 平成 令和
月日	年 月 日
申請者	東京都知事 殿 申請日 年 月 日
氏名	

金融機関 銀行 信用金庫 信用組合 農協

支店名 支店 出張所 支店番号

口座番号 1 普通 2 当座 3 貯蓄

フリガナ

口座名義人

住所 〒()

電話番号

受給者との続柄 ()

※上記振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は振込用の支店番号・口座番号を記入ください。不明の際は、以下に記号・番号を記入ください。

通帳記号(左から5桁)	通帳番号(末7桁を含む8桁)
1	0

円

※「診療に要した費用の額」は右記証明欄の「合計①の金額」を記入してください。(証明を要しない場合は空欄でお願いします。)

なお、「診療に要した費用の額」は助成額ではありません。助成額は「医療機関等証明欄」の証明内容等から算定します。

この同意書は、必ず記入してください。

本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事 殿 年 月 日

(受給者) 1 受給者と申請者が異なる場合のみ記入してください。(申請者)

住所 住所

氏名 氏名

医療機関等証明欄【病院・薬局等が記入】

※必ず病院や薬局等に記入を依頼ください。受給者等による記載は無効です。

診療月	診療日	診療種別	負担区分	入院別	受診日数	応応の回数	1か月分の保険料	1か月分の医療費	窓口での患者負担額(注1)	※事務処理欄(この欄は記入しないでください。)
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
合計							円	円	円	

注1「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険料区分別として窓口で支払った額(別家賃負担以外も含む)の合計を記入してください。

注2 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。

上記のとおり証明します。 年 月 日

【医科1・歯科3・調剤4・看護6】

所在地 院名 電話番号 ()

管理番号 記入者名 氏名 電話番号 (内線まで)

※受給者以外の口座を振込先として指定する際は委任状の記入が必要です(詳しくは裏面をお読みください)。

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事 殿 年 月 日

(委任者/受給者本人)

住所 電話

氏名 ()

(受任者/振込先口座名義人)

住所 電話

氏名 ()

(R3.4)

医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(難病(経過措置)、小児慢性特定疾病)

この申請書は、受給者証又は医療券を併用して支払った医療費や自己負担上限額を超えて支払った医療費を請求するためのものです。該当する医療費がないときは、提出の必要はありません。詳しくは裏面をお読みください。

- 医療機関等に受給者証等を提示の上、右欄に証明を受けてください。
- 申請書は医療機関ごとに1枚必要です(証明書発行にかかる手数料は助成対象外です)。
- 申請者の方は、本枠の中を記入し、医療機関等で証明を受けて、下記まで郵送してください。
- 裏面の記載欄に注意事項を必ずお読みください。
- 振込み時に、支給額・振込予定日を郵送でお知らせします(振込みまで2~3か月程度かかります)。

〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1
【書類送付先】 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課マール都担当 電話 03(5320)4454

※太枠の中は、必ず記入してください。

金融機関コード (記入しないでください。)	0
(公費)負担者番号	13
受給者番号	
住所	〒()
氏名	
生年	明治 大正 昭和 平成 令和
月日	年 月 日
申請者	東京都知事 殿 申請日 年 月 日
氏名	

金融機関 銀行 信用金庫 信用組合 農協

支店名 支店 出張所 支店番号

口座番号 1 普通 2 当座 3 貯蓄

フリガナ

口座名義人

住所 〒()

電話番号

受給者との続柄 ()

※上記振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は振込用の支店番号・口座番号を記入ください。不明の際は、以下に記号・番号を記入ください。

通帳記号(左から5桁)	通帳番号(末7桁を含む8桁)
1	0

円

※「診療に要した費用の額」は右記証明欄の「合計①の金額」を記入してください。(証明を要しない場合は空欄でお願いします。)

なお、「診療に要した費用の額」は助成額ではありません。助成額は「医療機関等証明欄」の証明内容等から算定します。

この同意書は、必ず記入してください。

本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事 殿 年 月 日

(受給者) 1 受給者と申請者が異なる場合のみ記入してください。(申請者)

住所 住所

氏名 氏名

医療機関等証明欄【病院・薬局等が記入】

※必ず病院や薬局等に記入を依頼ください。受給者等による記載は無効です。

診療月	診療日	診療種別	負担区分	入院別	受診日数	応応の回数	1か月分の保険料	1か月分の医療費	窓口での患者負担額(注1)	※事務処理欄(この欄は記入しないでください。)
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
年 月		医療(1) 診療(2) 検査(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)			円	円	円	
合計							円	円	円	

注1「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険料区分別として窓口で支払った額(別家賃負担以外も含む)の合計を記入してください。

注2 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額(食費の内)の金額が助成対象になります。ただし、食事療養標準負担額52130150の受給者は、1割が助成対象になります。

上記のとおり証明します。 年 月 日

【医科1・歯科3・調剤4・看護6】

所在地 院名 電話番号 ()

管理番号 記入者名 氏名 電話番号 (内線まで)

※受給者以外の口座を振込先として指定する際は委任状の記入が必要です(詳しくは裏面をお読みください)。

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事 殿 年 月 日

(委任者/受給者本人)

住所 電話

氏名 ()

(受任者/振込先口座名義人)

住所 電話

氏名 ()

(R3.4)

2
1
2

【公費負担医療の手引より抜粋】

【原紙は、A3サイズ】

医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(38・82・87用)

(※肝がん・重症肝硬変医療費助成用(負担番号38136024)ではありませんので御注意ください。)

この申請書は、受給者証又は医療券を使わずに支払った医療費や自己負担上限額を超えて支払った医療費を請求するためのものです。該当する医療費がないときは、提出の必要はありません。詳しくは裏面をお読みください。
 ・医療機関等に受給者証等を提示の上、右欄に証明を受けてください。
 ・申請書は医療機関等ごとに1枚必要です(証明書発行にかかる手数料は助成対象外です)。
 ・申請者の方は、太枠の中を記入し、医療機関等で証明を受けて、下記まで郵送してください。
 ・裏面の記載例・注意事項を必ずお読みください。
 ・振込み時に、支給額・振込予定日を郵送でお知らせします(振込みまで2〜3か月程度かかります)。

【書類送付先】 〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課マル都担当 電話 03(5320)4454

※太枠の中は、必ず記入してください。

金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 農協	
+ゆうちょ銀行への振込みも可能です。(裏面に記入方法あり)			
支店名		支店 出張所	支店 番号
口座番号 (7桁)		1 普通 2 当座 3 貯蓄	
フリガナ			
口座 名義人			
住所 〒()			
氏名			
生年 明治 大正 昭和 平成 令和			
月日 年 月 日			
申請者 氏名			
電話番号			
受給者との続柄()			

診療に要した費用の額	※上記振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は振込用の支店番号・口座番号を記入ください。不明の際は、以下に記号・番号を記入ください。
右記証明欄の「合計①」の金額を記入してください。	通帳記号(左から右) 通帳番号(末尾1号を含む8桁)
円	1 0 0 0 0 0 0 0 1

(注) 「診療に要した費用の額」は右記証明欄の「合計①」の金額を記入してください。(証明を要しない場合は空欄でお願いします)。
 なお、「診療に要した費用の額」は助成額ではありません。助成額は「医療機関等証明欄」の証明内容等から算定します。

この同意書は、必ず記入してください。

本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事 殿 年 月 日

(受給者) 1 受給者と申請者が異なる場合のみ記入してください。

(申請者) 住所 氏名

医療機関等証明欄【病院・薬局等が記入】

※必ず病院や薬局等に記入を依頼ください。受給者等による記載は無効です。

診療月	保険種別	負担区分	入院 診療日数	入院 外費	1か月分の保険料 自費 (訪問看護ステーションの場合は総金額)	1か月分の保険料 自費 (訪問看護ステーションの場合は総金額)	窓口での患者負担額 (注)	※事務処理欄 (この欄は記入しないでください。)
年 月	医療(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外費(2) 調剤(4)	円	円	円	円	
年 月	医療(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外費(2) 調剤(4)	円	円	円	円	
年 月	医療(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外費(2) 調剤(4)	円	円	円	円	
年 月	医療(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外費(2) 調剤(4)	円	円	円	円	
年 月	医療(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外費(2) 調剤(4)	円	円	円	円	
年 月	医療(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外費(2) 調剤(4)	円	円	円	円	
合計 ①							円	

上記のとおり証明します。 年 月 日

【医科1・調剤4・看護6】

所在地 署名
 施設名 氏名
 管理者名 電話番号
 電話番号 () 記入者名 (内補まで)

※受給者以外の口座を振込先として指定する際は委任状の記入が必要です。(詳しくは裏面をお読みください。)

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事 殿 年 月 日

(委任者/受給者本人) 住所 氏名 電話番号

(受任者/振込先口座名義人) 住所 氏名 電話番号

(R3.4)

介護給付費支給申請書 兼 口座振替依頼書

この申請書は、受給者証又は医療券を使わずに支払った介護給付費や自己負担上限額を超えて支払った介護給付費を請求するためのものです。該当する介護給付費がないときは、提出の必要はありません。詳しくは裏面をお読みください。
 ・介護サービス事業者等に受給者証又は医療券を提示の上、右欄に証明を受けてください。
 ・申請書は介護サービス事業者等ごとに1枚必要です。また、証明書発行にかかる手数料は助成対象外です。
 ・申請者の方は、太枠の中を記入し、介護サービス事業者等で証明を受けて、下記まで郵送してください。
 ・裏面の記載例・注意事項を必ずお読みください。
 ・振込み時に、支給額・振込予定日を申請書宛に郵送でお知らせします(振込みまで2〜3か月程度かかります)。

【書類送付先】 〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課マル都担当 電話 03(5320)4454

※太枠の中は、必ず記入してください。

金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 農協	
+ゆうちょ銀行への振込みも可能です。(裏面に記入方法あり)			
支店名		支店 出張所	支店 番号
口座番号 (7桁)		1 普通 2 当座 3 貯蓄	
フリガナ			
口座 名義人			
住所 〒()			
氏名			
生年 明治 大正 昭和 平成 令和			
月日 年 月 日			
申請者 氏名			
電話番号			
受給者との続柄()			

診療に要した費用の額	※上記振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は振込用の支店番号・口座番号を記入ください。不明の際は、以下に記号・番号を記入ください。
右記証明欄の「合計①」の金額を記入してください。	通帳記号(左から右) 通帳番号(末尾1号を含む8桁)
円	1 0 0 0 0 0 0 0 1

(注) 「診療に要した費用の額」は右記証明欄の「合計①」の金額を記入してください。(証明を要しない場合は空欄でお願いします)。
 なお、「診療に要した費用の額」は助成額ではありません。助成額は「医療機関等証明欄」の証明内容等から算定します。

この同意書は、必ず記入してください。

本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事 殿 年 月 日

(受給者) 1 受給者と申請者が異なる場合のみ記入してください。

(申請者) 住所 氏名

介護給付費利用者負担額証明欄【介護サービス事業者等が記入】

※介護サービス事業者等以外の、受給者等による記載は無効です。

介護年月	負担区分	施設 在宅	実日数	左記のうち 5割超過部分 の自費	円/単価 A	公費対象 単位数 B	利用者負担額 A×B×負担区分	※事務処理欄 (この欄は記入しないでください。)
年 月	1割 2割 3割	施設(1) 在宅(2)	単位	円	円	単位	円	
年 月	1割 2割 3割	施設(1) 在宅(2)	単位	円	円	単位	円	
年 月	1割 2割 3割	施設(1) 在宅(2)	単位	円	円	単位	円	
年 月	1割 2割 3割	施設(1) 在宅(2)	単位	円	円	単位	円	
年 月	1割 2割 3割	施設(1) 在宅(2)	単位	円	円	単位	円	
年 月	1割 2割 3割	施設(1) 在宅(2)	単位	円	円	単位	円	
合計 ①							円	

上記のとおり証明します。 年 月 日

【医科1・歯科3・調剤4・看護6】

所在地 署名
 施設名 氏名
 管理者名 電話番号
 電話番号 () 記入者名 (内補まで)

※受給者以外の口座を振込先として指定する際は委任状の記入が必要です。(詳しくは裏面をお読みください。)

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事 殿 年 月 日

(委任者/受給者本人) 住所 氏名 電話番号

(受任者/振込先口座名義人) 住所 氏名 電話番号

(R3.4)

【公費負担の手引きより抜粋】

医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(肝がん・重度肝硬変用)

この申請書は、受給者証又は医療券を使わずに支払った医療費や自己負担上限額を超えて支払った医療費を請求するためのものです。該当する医療費がないときは、提出の必要はありません。詳しくは裏面をお読みください。

- ・申請書は医療機関等に1枚必要です。(証明発行にかかる手数料は助成対象外です。)
- ・申請者の方は、太神の中を記入又は医療機関等が証明を受けて、下記まで郵送してください。
- ・裏面の記載例・注意事項を必ずお読みください。
- ・返込み時に、支給額・返送予定日を郵送でお知らせします。(返込みまで2〜3か月程度かかります。)

〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1
【書類送付先】 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課マニ担当 電話 03(5320)4454

・太神の中は、必ず記入してください。

全府県別コード (必ず記入してください) + 0

金融機関 銀行 信用金庫 信用組合 協会の
 *印の2桁は銀行への振込先を指定します。(裏面に記入方法あり)

支店名 支店 出所 支店 番号

口座番号 (7桁)

フリガナ

口座 名義人

振込先口座

住所

氏名

生年 月 日 年 月 日

口座 名義人

右記の通り、認定医療に係る医療費の申請に際し、支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。また、本申請に際して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することと同意します。

東京都知事 殿 年 月 日

(受給者) 氏名 住所 氏名 電話番号

(申請者) 氏名 住所 氏名 電話番号

※上記振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は振込用の支店番号・口座番号を記入ください。不明の際は、右欄に記号・番号を記入ください。

※受給者以外の方の口座を振込先として指定する際は委任状の記入が必要です。(詳しくは裏面をお読みください。)

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事 殿 年 月 日

(委任者/受給者本人) 住所 氏名 電話番号

(受任者/振込先口座名義人) 住所 氏名 電話番号

医療費支給申請 兼 医療機関等証明 欄

医療費の支給を申請する月について、「医療記録票」の内容に基づき申請者が記入してください。ただし、医療記録票がない場合に、下欄を医療機関に記入いただいた上で「医療機関等証明書」として提出することも可能です。(申請書は医療機関等ごとに1枚必要です。)

診療 月別	診療 月別	負担区分	入院 外 別	関係医療の 支払日数	関係医療の 診療日数	窓口支払額 (「医療記録票」の「関係医療の窓口支払額」欄に記入してください。)	※事務処理欄 (この欄は記入しなくても構いません。)
年 月	国民(1) 扶養(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)				
年 月	国民(1) 扶養(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)				
年 月	国民(1) 扶養(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)				
年 月	国民(1) 扶養(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)				
年 月	国民(1) 扶養(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)				
年 月	国民(1) 扶養(2) 後期(3)	1割 2割 3割	入院(1) 外来(2) 調剤(4)				

※医療費支給申請の申請額は完成額ではありません。(完成額は自己負担額を除き、再計算して算出します。)

医療機関コード

【医科1・調剤4】 (7桁)

〒 所在地 施設名 電話番号 電話番号

(注)医療費支給申請にあたっては、以下の書類を添付してください。

- 請求に係る医療費が認定できる領収書及び診療明細書等
- 医療費を請求する月の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(別記第40号様式)の写し
- 請求に係る医療費が、東京都障害者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第六の表の範囲に該当するものであることを証明することができる肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票等(別記第40号様式又は別記第40号様式の2)の写し

第19号様式 (都) 医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書 (精神通院用)

受診者氏名 自立支援医療(精神通院)受給者証番号 生年月日

負担者番号 9 3 1 3 3 0 0 7 年 月 日 生

受給者番号

申請額 円

※1 自己負担上限額管理票の写しを添付してください。

※2 医療機関等の窓口でお支払いになった金額のうち、高額療養費・高額医療費に相当する部分は東京都から支給されません。

※3 高額療養費(高額医療費)は、加入者の健康保険(老人保健)から支給されます。

※4 高額療養費(高額医療費)は、患者又は申請者が、別途、加入者の健康保険(老人保健)に請求する必要があります。請求方法については、医療記録票「老人保健医療受給者証の交付方法」欄にお読みください。

振込先口座

〒 所在地 施設名 電話番号

療養証明書

診療 月別	診療 月別	日数	診療・調剤費	診療 点数	備考
年 月		日	円	点	
年 月		日	円	点	
年 月		日	円	点	
年 月		日	円	点	
年 月		日	円	点	
年 月		日	円	点	
合計		日	円	点	

上記のとおり願いました。 年 月 日

【 医科 1 ・ 調剤 4 ・ 看護 6 】 医療機関等コード

所在地 施設名 電話番号

医療機関名

送付先 郵便番号 163-8001 新宿区西新宿二丁目9番1号 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課 電話 03(5320)4464

(区市町村) (表) 結核医療給付金受給者証

年月日

下記の者について、結核医療給付金受給者証を交付します。 ○○区市町村長 印

区市町村名	負担者番号	9 3 1 3 1 0 0 1
受給者 氏名	性別	
住所	生年月日	
有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで

国保受給者証(精神通院)

下記の者について、国保受給者証(精神通院)を交付します。 区市町村長

区市町村名	負担者番号	
受給者 氏名	生年月日	
住所		
国保受給者証の有効期間		
月額自己負担上限額		
医療機関 名称		
所在地		
薬 名称		
局 所在地		
その他 名称		
所在地		

※有効期間の終期は、自立支援医療受給者証の終期と同日となる。



【公費負担医療の手引より抜粋】

都 東京都負担医療費請求書10名連記（グリーン）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「都 東京都負担医療費請求書」により御請求ください。

区 分	負担者番号	左の負担者番号について下記の場合
都 小児精神病	82134008	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費の自己負担額を「82」に請求する場合※。 (国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可)
都 被爆の子に対する医療		
都 特殊医療(人工透析)	82138009 82138553	
都 妊娠高血圧症候群等	87136008	
都 難病医療等	51136018	・第一公費の自己負担額を「51」に請求する場合※ (国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可)

例) ・人工透析に係る医療について、更生医療「15」を適用し、その自己負担額について「82138009」で助成

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- 診療・調剤年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- 都 負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに都 医療券等に記載されている番号を記入してください。
- 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は、記入不要です。
- 負担割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。
- 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
- 請求額欄上段は、各種健康保険（限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、又は他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。82138009の医療券は、特定疾病療養受療証（長）を適用後の10,000円までが助成対象（特定疾病療養受療証（長）の限度額が20,000円の方であっても、助成額は10,000円まで）となります。請求額欄には10,000円までを記入してください。請求書の備考欄にも長と記入し、保険請求のレセプト特記事項欄にも「02長」又は「16長2」と表示をしてください。
82138553の医療券は、経過措置（平成27年1月から3年間）として、特定疾病療養受療証（長）（限度額が20,000円のみ）を適用後の自己負担額がすべて助成対象となります。請求額欄には20,000円までを記入してください。請求書の備考欄にも長と記入し、保険請求のレセプト特記事項欄にも「16長2」と表示をしてください。
限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、該当する区分に応じた自己負担限度額を請求額欄に記入し、備考欄に適用区分を限度額適用認定証等に記載されているとおり記入してください。
70歳以上で負担割合が1割又は2割（限度額適用認定証等の提示がない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来18,000円、入院57,600円）以下の金額を記入してください。
- 公費分点数欄は、都 医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- 請求金額は、1円単位までの請求とし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3. 請求書の提出方法等

- 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S0000271@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/keiyakuyoushiki.html>

【公費負担医療の手引より抜粋】

4. 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号
 東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療給付担当（マル都） TEL03-5320-4454

10名連記（グリーン）

東京都負担医療費請求書

医療機関等
コード

0

東京都知事 殿

診療・調剤年月 令和 年 月分

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医科	歯科	調剤	看護
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者

担当者名

内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	入院 別 外 来	診 療 日 数	請 求 額 食事療養・ 生活療養標準負担額	公費分点数	備考
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	1
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	2
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	3
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	4
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	5
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	6
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	7
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	8
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	9
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	10
99999999	合 計				件	円		

- (注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。
 2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。
 3 食・生欄は、食事療養標準負担額は食に、
 生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入して下さい。(注別番号15または16と51の併用の場合のみ記入)。

リサイクル適性(B)

この印刷物は、印刷後、石油系溶剤を含まないインキを使用しています。

実施細目別記第10号様式

【公費負担医療の手引より抜粋】

難病医療費請求書10名連記（ブルー）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「難病医療費請求書」により御請求ください。

区 分	負 担 者 番 号	左の負担者番号について下記の場合
㊦ 難病医療(都疾病)	83136010 83135012	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費の自己負担額を「83」に請求する場合※ (国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可)

※例) 難病に係る医療について、更生医療「15」を適用し、その自己負担額について「83136010」又は「83135012」で助成

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- (1) 診療・調剤年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- (2) 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- (3) ㊦負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに㊦医療券に記載されている番号を記入してください。
- (4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は、記入不要です。
- (5) 負担割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。※負担割合は各種健康保険の自己負担割合です。
- (6) 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
- (7) 請求額欄上段は、各種健康保険（限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、又は他の医療費助成を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
- (8) 83135012の医療券をお持ちの方で、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の半額を負担した場合は、請求額欄下段に負担額を記入してください。
70歳以上で負担割合が1割（限度額適用認定証等の提示ない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来18,000円、入院57,600円）以下の金額を記入してください。
- (9) 公費分点数欄は、㊦医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- (10) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
- (11) 限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分（ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅱ・Ⅰ）を記入してください。
- (12) 請求金額は、1円単位までの請求とし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3. 請求書の提出方法等

- (1) 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- (2) 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S0000271@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/keiyakuyoushiki.html>

4. 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療給付担当（マル都） TEL 03-5320-4454

10名連記（ブルー）

難病医療費請求書

医療機関等
コード 0

東京都知事 殿

診療・調剤年月 年 月分

下記のとおり請求します。

年 月 日

医科 1 歯科 3 調剤 4 看護 6

医療機関等所在地
名称（電話）
開設者

印

担当者名

内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	入院 別 外来	診療 日数	請求額 食事療養・ 生活療養標準負担額	公費分点数	一部負担金 相当額	備考
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	1
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	2
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	3
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	4
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	5
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	6
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	7
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	8
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	9
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	10
99999999		合計		件		円			

- (注) 1 請求書に、レセプトの（写）を添付してください。
 2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。
 3 負担者番号が、「83135012」の場合は、食事療養負担額又は生活療養標準負担額（食事のみ）の5割が助成対象となります。この場合、「食・生」欄は、食事療養標準負担額は食に、生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入してください。

【公費負担医療の手引より抜粋】

大気汚染関連疾病医療費請求書（グレー）10名連記の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「大気汚染関連疾病医療費請求書」により御請求ください。

区 分	負担者番号	医療券の色	左の負担者番号について下記の場合
大気汚染関連疾病 （自己負担なし）	82137001	みどり色	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費での患者負担分を「82」で助成での併用 （国保に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可）
	82137555	みどり色	
大気汚染関連疾病 （自己負担あり）	82137530	もも色	
	82137670	もも色	

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- (1) 診療・調剤年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- (2) 医療機関コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- (3) 負担者番号・受給者番号欄は1件ごとに(都)医療券に記載されている番号を記入してください。
- (4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は記入不要です。
- (5) 負担割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。
- (6) 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
- (7) 【負担者番号が82137001又は82137555の場合】

請求額欄は、各種健康保険（限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。

【負担者番号が82137530又は82137670の場合】

請求額欄は、各種健康保険（限度額適用認定証等の提示があった場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。

70歳以上で負担割合が1割又は2割（限度額適用認定証等の提示がない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来18,000円、入院57,600円）以下の金額を記入してください。

【各負担者番号共通】

限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分を記入してください。

- (8) 公費分点数欄は、(都)医療券に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- (9) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担限度額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
- (10) 請求額は1円単位までの請求とし、合計欄は1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3. 請求書の提出方法等

- (1) 請求書には必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- (2) 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S0000271@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/keiyakuyoushiki.html>

4. 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療給付担当（マル都）Tel03-5320-4454

【公費負担医療の手引より抜粋】

10名連記（グレー）

大気汚染関連疾病医療費請求書

医療機関等
コード 0

東京都知事 殿

診療・調剤年月 年 月 日

下記のとおり請求します。

年 月 日

医 科 調 剤
1 4

医療機関等所在地
名称(電話)
管 理 者

印

相当者名

内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	入院 別 外 未 日 数	診 療 日 数	請 求 額	公費分点数	一部負担金 相 当 額	備考
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	1
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	2
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	3
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	4
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	5
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	6
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	7
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	8
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	9
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	10
9 9 9 9 9 9 9 9	合 計			件		円			

- (注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。
 2 一部負担金相当額の確認のため、自己負担限度額管理票の(写)の提出をお願いすることがあります。
 3 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

【公費負担医療の手引より抜粋】

介護給付費請求書10名連記（イエロー）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

下記の負担者番号が記載された医療券をお持ちの方の、介護保険の自己負担分については、「介護給付費請求書」により御請求ください。

区 分	負担者番号
⑧ 難病医療(都単)	83136010 83135012

2. 請求書の書き方

請求書は、介護年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- (1) 介護年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- (2) 医療機関等コード欄は、各種医療保険のレセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- (3) ⑧負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに⑧医療券に記載されている番号を記入してください。
- (4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の被保険者番号は、記入不要です。
- (5) 負担割合欄及び施設在宅別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。
- (6) 実日数欄は、介護サービスを行った実日数を記入してください。
- (7) 単位数単価欄は、該当する介護サービスの単価を記入してください。
- (8) 請求額欄は、介護保険の患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
- (9) 公費対象単位数欄は、⑧医療券に記載された認定疾病及び有効期間内の単位数を記入してください。
- (10) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の利用者負担額欄と同額）を記入してください。
- (11) 請求金額は、1円単位までの請求とし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3. 請求書の提出方法等

- (1) 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- (2) 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S0000271@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/josei/keiyakuyoushiki.html>

4. 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療給付担当（マル都） TEL 03-5320-4454

【公費負担医療の手引より抜粋】

10名連記（イエロー）

介護給付費請求書

事業所コード
(医療保険)

--	--	--	--	--	--	--	--

3

東京都知事 殿

介護年月 平成 年 月 分

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

医科	歯科	調剤	看護
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者



担当者名

内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	施設 別実日数 在宅	単位数 単 価	請求額	公費対象 単位数	一部負担金 相当額	備考
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	1
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	2
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	3
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	4
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	5
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	6
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	7
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	8
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	9
8313			1割 ・ 2割	施(3) ・ 在(4)	日 円	円	単位	円	10
99999999	合 計		件			円			

- (注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。
2 請求書は、介護年月ごとに別用紙にしてください。

212

212

【公費負担医療の手引より抜粋】

<h2>13 障心身障害者医療費助成制度</h2>	
法別番号	80
取扱医療機関	東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する)
対 象 者	<p>(1)対象者 東京都内に住所を有する身体障害者手帳1級、2級（内部障害者＝心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫又は肝臓の機能障害については3級を含む）、愛の手帳1度、2度又は精神障害者保健福祉手帳1級に該当する所得制限基準額以下の者。対象者には、次のいずれかの受給者証が交付される。（下図参照）</p> <p>① 一般の方（住民税課税者）は、障、食の表示のある受給者証 ② 低所得の方（住民税非課税者）は、食の表示のある受給者証</p> <p>(2)対象除外(次のいずれかに該当する者は対象者としてしない)</p> <p>① 医療保険未加入者 ② 生活保護法による保護を受けている者 ③ 中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている者 ④ 東京都規則で定める施設に入所している者 （公費により医療費が賄われている施設に入所している者） ⑤ 重度障害者になった年齢が65歳以上である者 ⑥ 重度障害者になった年齢が65歳未満である者で65歳に達する日の前日までに障の申請を行わなかった者(東京都内に住所を有していなかった等、規則で定める事由により65歳前に障申請を行わなかった者を除く。なお、その事由がなくなった後、直近の8月31日までに申請を行った場合のみ対象者として扱うことができる) ⑦ 後期高齢者医療制度の被保険者で住民税が課税されている者</p>

1. 概要

心身障害者(児)の保健の向上と福祉の増進を図ることを目的として、東京都が医療費の一部を助成する制度で、昭和49年7月1日から実施している。(注)「障」と書いて「マルショウ」と略称する。

2. 認定期間

- ア 受給者証の有効期間は、9月1日から翌年の8月31日までの1年間であり、毎年9月1日に更新する。
- イ 精神障害者保健福祉手帳による受給者は、アの期間内に手帳の有効期日が到来する場合には、当該手帳の有効期限までが認定期間となる。

3. 受給者証

<p>障 受 給 者 証 障 食</p> <p>自治体番号 80136</p> <p>受給者番号</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>生 年 月 日</p> <p>有効期間</p> <p style="text-align: center;">見 本</p> <p>東京都知事</p> <p>交付年月日</p>	<p>障 受 給 者 証 食</p> <p>自治体番号 80137</p> <p>受給者番号</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>生 年 月 日</p> <p>有効期間</p> <p style="text-align: center;">見 本</p> <p>東京都知事</p> <p>交付年月日</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【公費負担医療の手引より抜粋】

4. 医療機関での取扱い

(1) 受給資格の確認及び請求

医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」の提示を受け、受給資格を確認する。(両証の提示がない場合、医療機関は この制度による取扱いは行わない。)

患者から㊦の「一部負担金 5. のとおり」を徴収のうえ、助成額を審査支払機関に請求する。

(2) 対象者が都内国民健康保険または都内後期高齢者(㊦の表示のある受給者証のみ)の被保険者の場合(都外国保、都外後期高齢の場合は、下記注意のとおり)

医療機関は、保険給付分・㊦助成分とも診療報酬明細書(公費併用レセプト)を使用し国保連合会へ請求する。東京都は、国保連合会を通し医療機関に㊦助成分を支払う。



保険給付分と助成分を1枚のレセプト(併用レセプト)で請求してください。

注意 都外国保(他道府県の市町村国保及び国保組合) 都外後期高齢者医療(他道府県の広域連合)の場合

都外国保・都外後期高齢の場合は併用レセプトでの請求はできません。

この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。

保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

(3) 対象者が社保の被保険者又は被扶養者の場合

医療機関は、保険給付分・㊦助成分とも診療報酬明細書(公費併用レセプト)を使用し支払基金へ請求する。東京都は、支払基金を通し医療機関に㊦助成分を支払う。



保険給付分と助成分を1枚のレセプト(併用レセプト)で請求してください。

(4) 対象者が、他の公費負担医療制度(自立支援医療等)に該当し一部負担金が㊦制度の一部負担金より高額の場合

自立支援医療等の一部負担金が㊦制度の一部負担金より高額の場合には、その差額分について㊦制度で助成を行う。医療機関は、3者併用(保険+自立支援医療等+㊦)の診療報酬明細書を作成し請求する。

(5) 高額療養費の現物給付がある場合

(入院等で、窓口において限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示され、高額療養費を現物給付する場合)

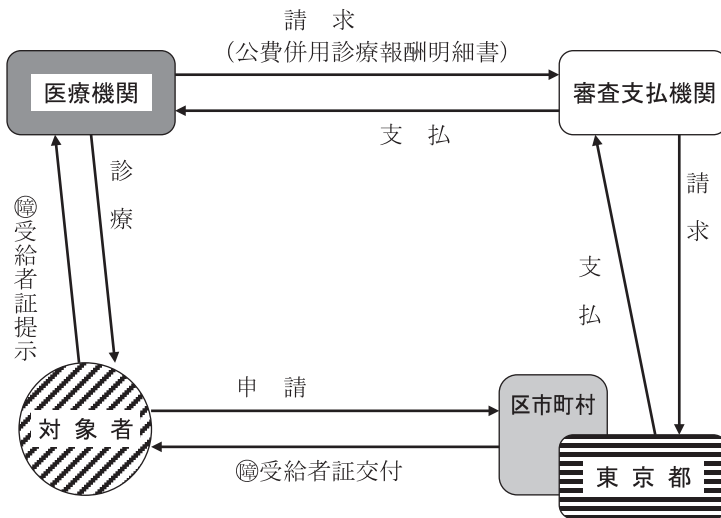
医療機関は、診療報酬明細書の特記事項欄に「26区ア」「27区イ」「28区ウ」「29区エ」「30区オ」を記載すること。P.260以降を参照してください。

(6) 対象者が受給者証を提示しなかった場合や保険が現金給付となる場合

対象者が医療機関の窓口で医療費を支払った後、区市町村に医療助成費支給申請書を提出し、現金給付を受ける。

【公費負担医療の手引より抜粋】

(7) 障心身障害者医療助成費の支払チャート(現物給付分)



5. 一部負担金

(1) 「**部**、**食**」の表示のある受給者証(負担者番号80136・・・)」 1割負担

外来は、1か月18,000円(※1)(年間上限 144,000円※2)を上限とする。入院は、1か月57,600円(多数回該当 44,400円※3)を上限とする。医療機関の窓口では、医療機関ごとに、レセプト単位で上限額までを徴収する。(一部負担金の合計が月の上限を超える場合、6.の高額医療費として対象者に支給される)

なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。

※1 令和元年8月診療分より18,000円。令和元年7月診療分までは1か月14,000円上限となる。

※2 外来療養にかかる年間上限：1年間の外来療養にかかる一部負担額(月の高額医療費が支給されている場合は、支給後の額)の合計が、年間上限額(144,000円)を超えた場合は、超過した分を年間の高額医療費として支給。

年間上限額の算定期間は、8月1日から翌年の7月31日までの期間について行う。

※3 多数回該当：月の高額医療費の支給対象となった回数が、対象となる療養を受けた月以前の12か月間に3回以上ある場合は、4回目以降は上限額が軽減され、44,400円を超える金額を月の高額医療費として支給する。

注意 多数回該当及び外来療養に係る年間上限額の扱いについて
 マル障制度は、医療機関窓口負担額が負担上限額を超えた場合、その超えた金額を「高額医療費(下記6参照)」として、受給者本人に支給する仕組み。多数回該当及び外来療養に係る年間上限額は、この仕組みにより都から受給者本人に高額医療費として支給する。
 従って、医療機関窓口においては、外来18,000円、入院57,600円まで徴収してください。

(2) 「**食**」の表示のある受給者証(負担者番号80137・・・)」

入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額のみ負担。

6. 高額医療費

対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合及び同一の世帯に属する複数の障対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合、その超えた金額を「高額医療費」として区市町村から対象者に支給する。

「外来のみの場合」…18,000円を超えた金額及び年間上限額144,000円を超えた金額を支給する。

「入院がある場合や他の受給者との合算がある場合」…57,600円(多数回該当の場合は44,400円)を超えた金額を支給する。

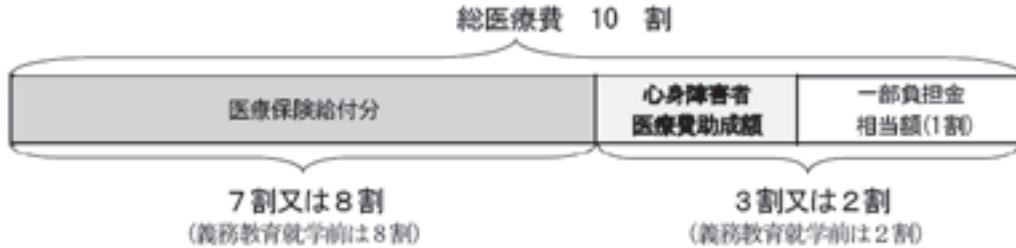
【公費負担医療の手引より抜粋】

7. 助成額

健康保険各法の規定による医療の給付が行われた場合の医療費のうち、対象者が負担する額から④制度の一部負担金を控除した額。入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない。(以下 例1～例9参照)

例1 住民税課税者（高齢受給者証所持者を除く。）

【入院外】

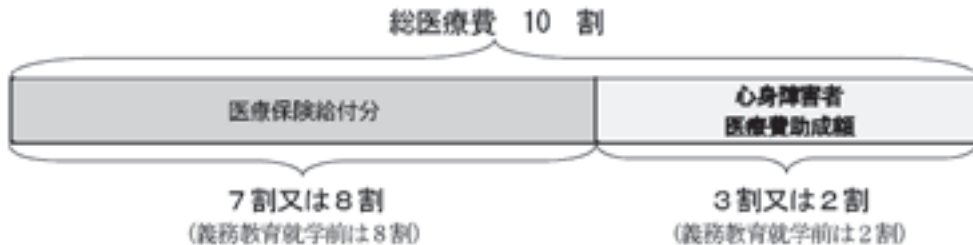


【入院】

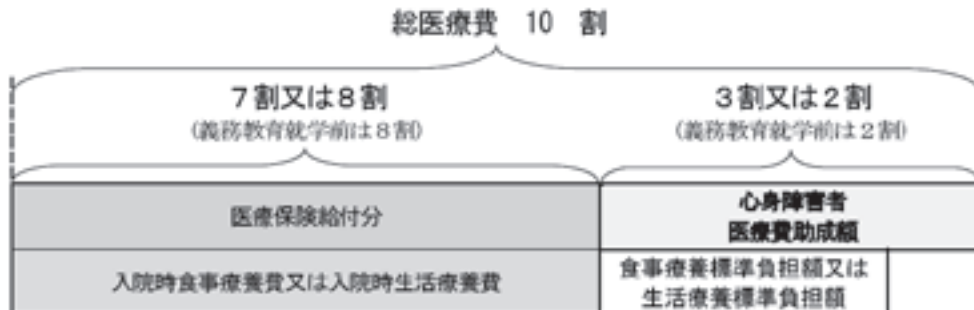


例2 住民税非課税者（高齢受給者証所持者及び後期高齢者医療の被保険者を除く。）

【入院外】



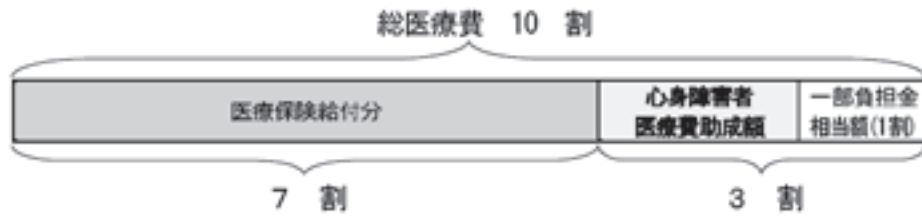
【入院】



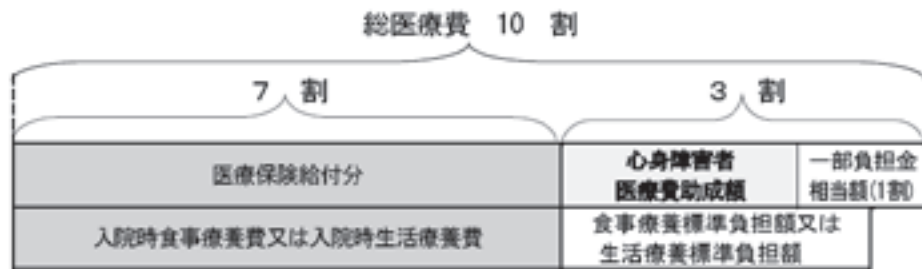
【公費負担医療の手引より抜粋】

例3 高齢受給者証(現役並み所得者)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税課税者

【入院外】

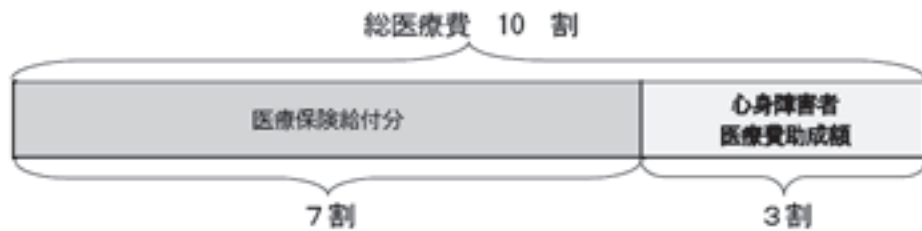


【入院】

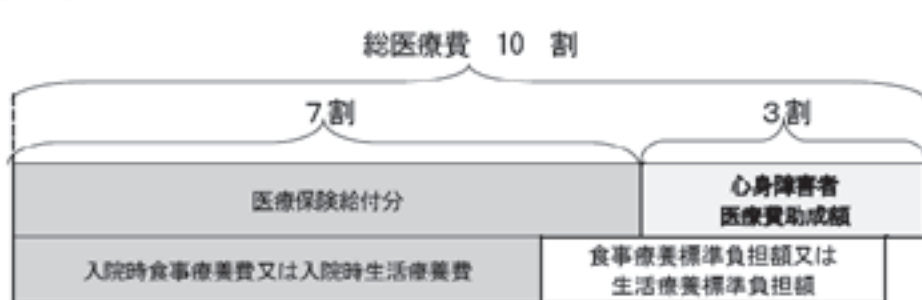


例4 高齢受給者証(現役並み所得者)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税非課税者

【入院外】



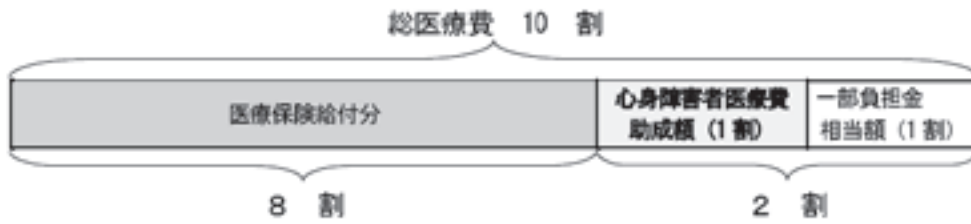
【入院】



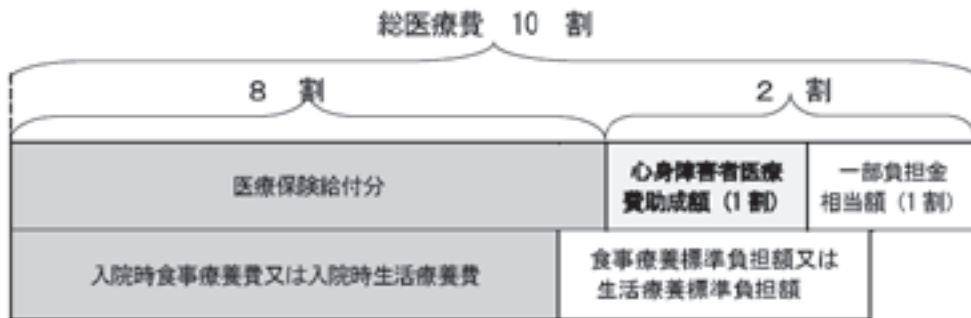
【公費負担医療の手引より抜粋】

例5 高齢受給者証(現役並み所得者除く)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税課税者

【入院外】

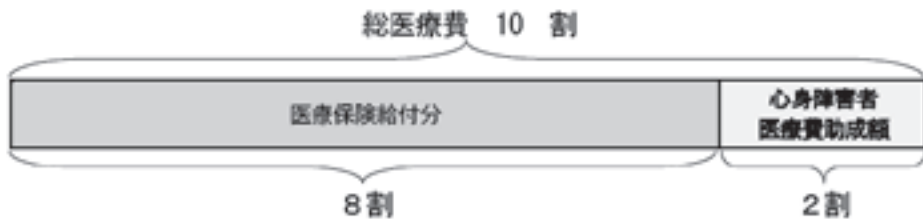


【入院】

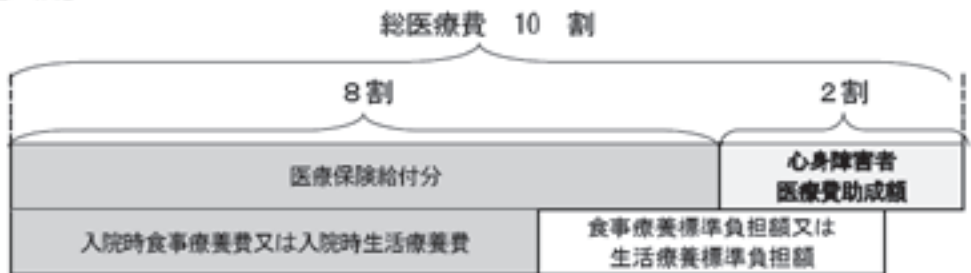


例6 高齢受給者証(現役並み所得除く)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税非課税者

【入院外】

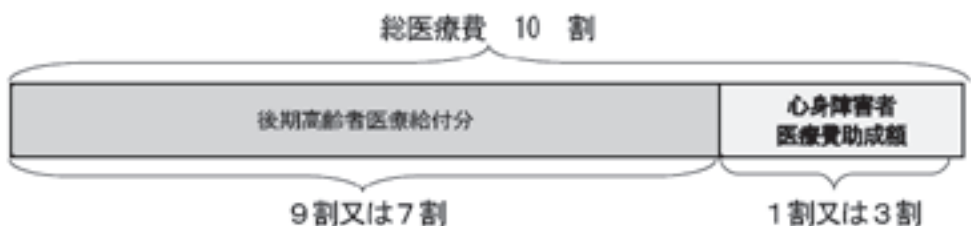


【入院】



例7 後期高齢者医療の被保険者(住民税非課税者)

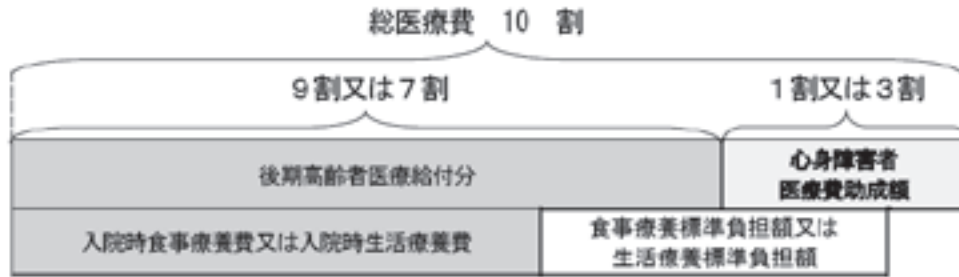
【入院外】



2
1
②

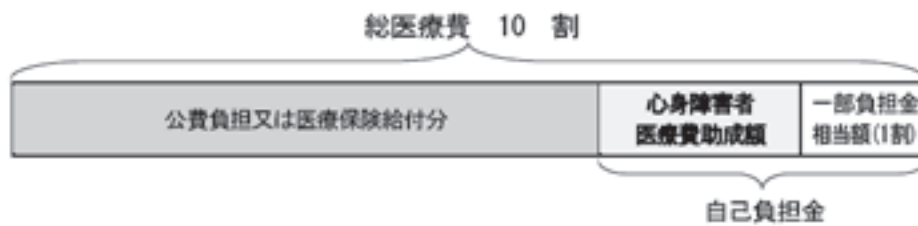
【公費負担医療の手引より抜粋】

【入院】

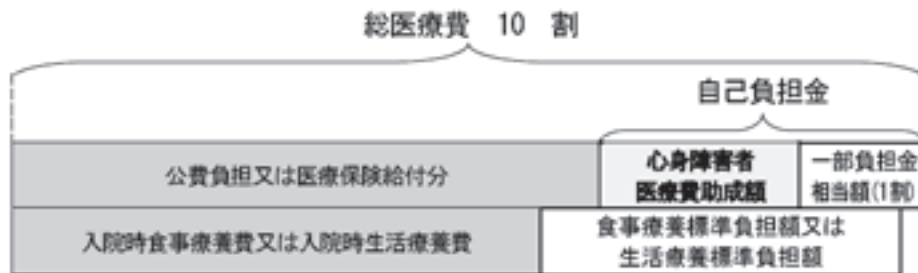


例8 自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税課税者

【入院外】

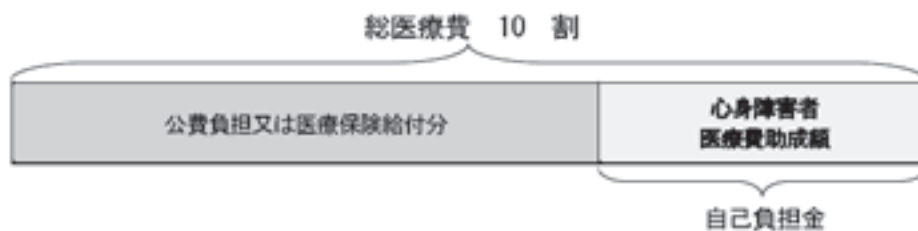


【入院】

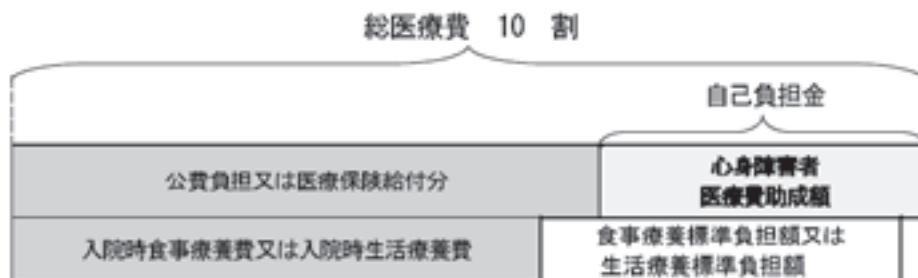


例9 自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税非課税者

【入院外】



【入院】



※ 高額療養費の支給または付加給付がある場合には、実質の保険給付割合は例1～例9の率と異なる。

【公費負担医療の手引より抜粋】

8. 他の医療制度との関係

㊦制度は、医療保険各法の支給があった場合について、その一部負担金から㊦制度の一部負担金を控除した額を助成する制度である。

東京都の条例に基づく制度であるので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者総合支援法等の法律に基づく給付及び難病医療等の疾病限定的な他公費制度による給付を優先させる。

国制度(法律) > ㊦ > ㊦・㊦・㊦・㊦

※ ㊦・㊦・㊦・㊦は、併用して使用できない。(いずれか一制度の受給者証等を発行)

問合せ先 東京都福祉保健局 保健政策部 医療助成課 助成担当 ☎5320-4571

【公費負担医療の手引より抜粋】

14	①ひとり親家庭等医療費助成制度
法別番号	81
取扱医療機関	東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する)
対象者	<p>(1)対象者 都内に住む、以下の対象者であって、区市町村の規則で定める所得制限額を超えない者(原則は児童扶養手当の所得制限額と同額であるが、詳細は区市町村の窓口にて照会のこと)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ひとり親家庭等の母又は父(父又は母が障害の状態にある場合を含む) ・両親がいない児童などを養育している養育者 ・ひとり親家庭等の児童又は養育者に養育されている児童で18歳に達した年度の末日(障害がある場合は、20歳未満)までの者 <p>(2)対象除外 ((1)に該当しても次のいずれかに該当する者は対象者としな)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険又は社会保険に加入していない者 ・生活保護法による保護を受けている者 ・中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている者 ・児童福祉施設等に措置により入所している者

1. 概要

ひとり親家庭等の保健の向上と福祉の増進を図るため、都内の各区市町村が、ひとり親家庭等に対して医療費の一部を助成する制度で、平成2年4月から実施されている。(注)「①」と書いて「マルオヤ」と略称する。

2. 認定期間

①医療証の有効期間は、各年の1月1日から12月31日までの1年間であり、その更新月日は、各年の1月1日である。なお、ひとり親家庭等の一部の者が年の途中で資格が消滅する場合は、資格が消滅する者の備考欄に「〇月〇日まで有効」と表示されている。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとするひとり親等は、その家庭に属する対象者について、住所地の区市町村長に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「①医療証」の交付を受ける。

様式は②③表示証(一般世帯)と④表示証(住民税非課税世帯)の2種類である。

①医療証は世帯証であり、個人証の⑤心身障害者医療費助成制度、⑥乳幼児医療費助成制度とは、異なっている。

なお、後期高齢者医療制度の被保険者又は高齢受給者(前期高齢者)に該当する者(住民税非課税世帯、2割証・3割証の場合にのみ①が適用)については、備考欄に「後期高齢適用者」・「高齢受給者」と表示されている。

【公費負担医療の手引より抜粋】

様式第1

(様式1)

① 医療証	
氏 名	
性別	
生年月日	年 月 日
住所	〒 市 区 町 丁目 番 号
交付年月日	

様式第2

交付者	番号・氏名	種 別
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
交付年月日		

様式第3

(様式3)

① 医療証	
氏 名	
性別	
生年月日	年 月 日
住所	〒 市 区 町 丁目 番 号
交付年月日	

様式第4

交付者	番号・氏名	種 別
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
交付年月日		

様式第5

(様式5)

交付者	番号・氏名	種 別
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
交付年月日		

(注1)

解 法 意

1. 本制度は、公費負担医療を受けるための制度であり、医療機関（医師診療券）において、患者負担分（①制度の一部負担金・入院時食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額）がある場合は、これを徴収する。助成する医療費は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
2. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
3. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
4. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
5. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
6. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
7. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
8. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
9. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
10. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。

様式第6

(様式6)

交付者	番号・氏名	種 別
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
医師診療券		
受給者番号		
交付年月日		

(注2)

解 法 意

1. 本制度は、公費負担医療を受けるための制度であり、医療機関（医師診療券）において、患者負担分（①制度の一部負担金・入院時食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額）がある場合は、これを徴収する。助成する医療費は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
2. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
3. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
4. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
5. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
6. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
7. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
8. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
9. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。
10. 本制度は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。

4. 公費負担

(1) 現物給付

対象者は、健康保険証と①医療証を医療機関の窓口で提出する。医療機関の窓口では、患者負担分（①制度の一部負担金・入院時食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額）がある場合は、これを徴収する。助成する医療費は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。

(2) 現金給付

対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ①医療証を提示しなかったとき、保険の療養費が支給されるとき及び都外の国保加入者・都外後期高齢加入者の場合は、対象者が一旦医療機関の窓口で自己負担分を支払い、後日区市町村に申請（保険給付決定通知書、領収書提出）のうえ、現金給付を受ける。この事業の実施主体は、都内の各区市町村である。

5. 医療機関での取扱い

(1) 受給資格の確認

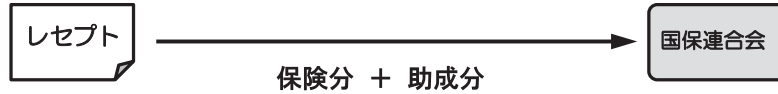
医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」の提示を受け、受給資格を確認する。両方の証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。

【公費負担医療の手引より抜粋】

(2) 対象者が都内国民健康保険または都内後期高齢者の被保険者の場合 (都外国保、都外後期高齢の場合は、下記注意のとおり)

医療機関は、保険分、**親**制度助成分とも、診療報酬明細書(公費併用レセプト)を使用して、都内国保または都内後期高齢の場合は国保連合会へ請求する。

※月の途中で資格の取得または消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。



保険給付分と助成分を1枚のレセプト(併用レセプト)で請求してください。

注意 都外国保(他道府県の市町村国保及び国保組合) 都外後期高齢者医療(他道府県の広域連合)の場合

都外国保・都外後期高齢の場合は併用レセプトでの請求はできません。

この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

(3) 対象者が社保の被保険者又は被扶養者の場合

医療機関は、保険分、**親**制度助成分とも、診療報酬明細書(公費併用レセプト)を使用して、支払基金へ請求する。

※月の途中で資格の取得または消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。



保険給付分と助成分を1枚のレセプト(併用レセプト)で請求してください。

(4) 対象者が、他の公費負担医療制度に該当し、かつ**親**制度の助成がある場合

医療機関は、保険分、他の公費負担医療分、**親**制度助成分とも診療報酬明細書(公費3者併用レセプト)を使用し、都内国保及び都内後期高齢者分は国保連合会へ、社保分は支払基金へ請求する。

(5) 高額療養費の現物給付がある場合

入院等で、窓口において限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示され、高額療養費を現物給付する場合には、診療報酬明細書の特記事項欄に「26区ア」「27区イ」「28区ウ」「29区エ」「30区オ」を記載すること。

6. 助成額(一部負担金)

区市町村は、国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額から、**親**制度の一部負担金を控除した額を助成する(住民税非課税世帯は、一部負担金はない)。

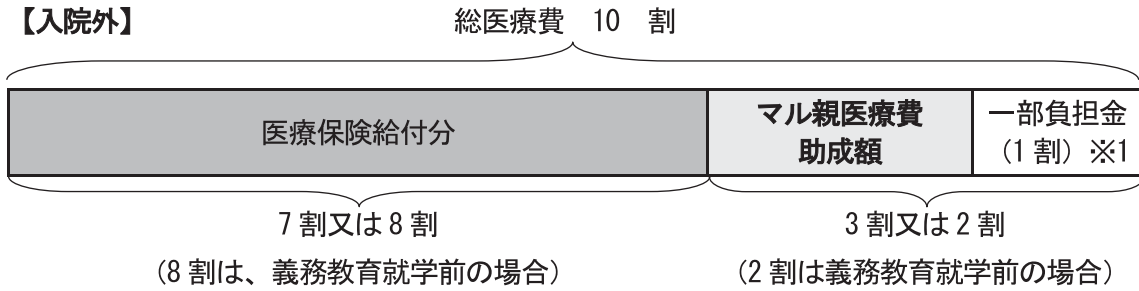
(1)「**部**、**食**」の表示のある医療証(負担者番号81136○○○)」1割負担

外来は、1か月18,000円(※1)(年間上限144,000円※2)を上限とする。入院は、1か月57,600円(多数回該当44,400円※3)を上限とする。医療機関の窓口では、医療機関ごとに、レセプト単位で上限額までを徴収する。(一部負担金の合計が月の上限を超える場合、対象者からの申請により、下記(3)の高額医療費として、対象者に支給される)

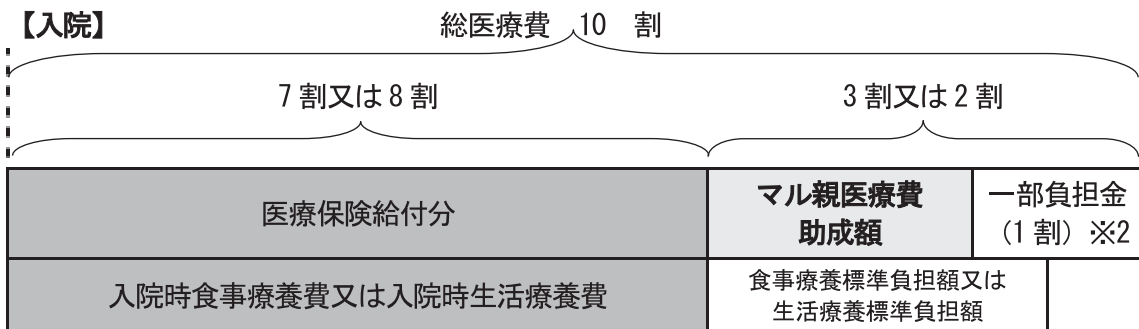
なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。

【公費負担医療の手引より抜粋】

住民税課税世帯



※1 入院外は1か月18,000円を上限とする。(令和元年8月診療分より。令和元年7月診療分までは1か月14,000円上限。また、年間上限144,000円※3)



※2 入院は、1か月57,600円(多数回該当44,400円※4)を上限とする。
なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。
所得状況等に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

※3 外来療養にかかる年間上限:
1年間の外来療養にかかる一部負担額(月の高額医療費が支給されている場合は、支給後の額)の合計が、年間上限額(144,000円)を超えた場合は、超過した分を年間の高額医療費として支給。年間上限額の算定期間は、8月1日から翌年の7月31日までの期間について行う。

※4 多数回該当:
月の高額医療費の支給対象となった回数が、対象となる療養を受けた月以前の12か月間に3回以上ある場合は、4回目以降は上限額が軽減され、44,400円を超える金額を月の高額医療費として支給する。

注意 多数回該当及び外来療養に係る年間上限額の扱いについて
多数回該当及び外来療養に係る年間上限額は、対象者本人からの申請により、区市町村から本人に高額医療費として支給する。

(2)「食」の表示のある受給者証(負担者番号81137〇〇〇)」

入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額のみ負担。

(3)高額医療費

対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合及び同一の世帯に属する複数の親対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合、対象者からの申請により、その超えた金額を「高額医療費」として区市町村から対象者に支給する。

「外来のみの場合」…18,000円を超えた金額及び年間上限額144,000円を超えた金額を支給する。

【公費負担医療の手引より抜粋】

「入院がある場合や他の受給者との合算がある場合」…57,600円(多数回該当の場合は44,400円)を超えた金額を支給する。

7. 他の医療制度との関係

㊦制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等法に基づく公費負担医療制度の給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない。(他の公費負担医療制度の給付を優先する)また、㊦公費負担医療制度と㊦制度の関係も同様に㊦公費負担医療制度を優先する。生活保護法による被保護者は㊦制度の対象とならない。

(1)「㊦・㊦表示証(一般世帯)の場合」負担者番号81136〇〇〇

外来		他の公費一部負担金	
医療保険	他の公費助成	㊦一部負担金	㊦助成

※ 他の公費負担医療制度の一部負担金 - ㊦一部負担金 = ㊦で助成
(患者負担)

入院		他の公費一部負担金	
医療保険	他の公費助成	㊦一部負担金	㊦助成

食事療養費又は生活療養費	食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> 他の公費で助成 又は患者負担 </div>

※ 他の公費負担医療制度の一部負担金 - ㊦一部負担金 = ㊦で助成
(患者負担)

(2)「㊦表示証(住民税非課税世帯)の場合」負担者番号81137〇〇〇

外来		他の公費一部負担金
医療保険	他の公費助成	㊦助成

※ 他の公費負担医療の一部負担金を㊦で助成

入院		他の公費一部負担金
医療保険	他の公費助成	㊦助成

食事療養費又は生活療養費	食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> 他の公費で助成 又は患者負担 </div>

※ 他の公費負担医療の一部負担金を㊦で助成

【公費負担医療の手引より抜粋】

ひとり親家庭医療費助成制度 区市町村担当課・負担者番号一覧

2021.4.1現在

区市町村	担当部課・電話番号	㊦ ㊧ 負担者番号				㊧ 負担者番号											
		法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
千代田区	子ども部子育て推進課手当・医療係 03 (5211) 4230	8	1	1	3	6	0	1	2	8	1	1	3	7	0	1	0
中央区	福祉保健部子育て支援課子育て支援係 03 (3546) 5350	8	1	1	3	6	0	2	0	8	1	1	3	7	0	2	8
港区	子ども家庭支援部子ども家庭課子ども 給付係03 (3578) 2430	8	1	1	3	6	0	3	8	8	1	1	3	7	0	3	6
新宿区	子ども家庭部子ども家庭課育成支援係 03 (5273) 4558	8	1	1	3	6	0	4	6	8	1	1	3	7	0	4	4
文京区	子ども家庭部子育て支援課児童給付係 03 (5803) 1701	8	1	1	3	6	0	5	3	8	1	1	3	7	0	5	1
台東区	区民部子育て・若者支援課給付担当 03 (5246) 1232	8	1	1	3	6	0	6	1	8	1	1	3	7	0	6	9
墨田区	子ども・子育て支援部子育て支援課児童手当・医療助成係 03 (5608) 1439	8	1	1	3	6	0	7	9	8	1	1	3	7	0	7	7
江東区	こども未来部こども家庭支援課給付係 03 (3647) 4754	8	1	1	3	6	0	8	7	8	1	1	3	7	0	8	5
品川区	子ども未来部子ども家庭支援課手当・医療助成係 03 (5742) 9174	8	1	1	3	6	0	9	5	8	1	1	3	7	0	9	3
目黒区	子育て支援部子育て支援課手当・医療係 03 (5722) 9645	8	1	1	3	6	1	0	3	8	1	1	3	7	1	0	1
大田区	こども家庭部子育て支援課児童育成係 03 (5744) 1274	8	1	1	3	6	1	1	1	8	1	1	3	7	1	1	9
世田谷区	各総合支所子ども家庭支援課子ども家庭支援センター 世田谷03 (5432) 2311、北沢03 (6804) 7526 玉川03 (3702) 1792、砧03 (3482) 1344 烏山03 (3326) 6155	8	1	1	3	6	1	2	9	8	1	1	3	7	1	2	7
渋谷区	子ども家庭部子ども青少年課子育て給付係 03 (3463) 2558	8	1	1	3	6	1	3	7	8	1	1	3	7	1	3	5
中野区	子ども教育部子育て支援課児童手当・子ども医療費助成係 03 (3228) 8952	8	1	1	3	6	1	4	5	8	1	1	3	7	1	4	3
杉並区	子ども家庭部管理課子ども医療・手当係 03 (5307) 0785	8	1	1	3	6	1	5	2	8	1	1	3	7	1	5	0
豊島区	子ども家庭部子育て支援課児童給付グループ 03 (3981) 1417	8	1	1	3	6	1	6	0	8	1	1	3	7	1	6	8
北区	子ども未来部子ども未来課子育て給付係 03 (3908) 9096	8	1	1	3	6	1	7	8	8	1	1	3	7	1	7	6
荒川区	子ども家庭部子育て支援課子育て給付係 03 (3802) 3111 内3816	8	1	1	3	6	1	8	6	8	1	1	3	7	1	8	4
板橋区	子ども家庭部子ども政策課子どもの手当医療係 03 (3579) 2374	8	1	1	3	6	1	9	4	8	1	1	3	7	1	9	2
練馬区	こども家庭部子育て支援課児童手当係 03 (5984) 5824	8	1	1	3	6	2	0	2	8	1	1	3	7	2	0	0
足立区	福祉部親子支援課親子支援係 03 (3880) 5883	8	1	1	3	6	2	1	0	8	1	1	3	7	2	1	8
葛飾区	子育て支援部子育て支援課児童手当係 03 (5654) 8298	8	1	1	3	6	2	2	8	8	1	1	3	7	2	2	6
江戸川区	子ども家庭部児童家庭課援護係 03 (5662) 1259	8	1	1	3	6	2	3	6	8	1	1	3	7	2	3	4
八王子市	子ども家庭部子育て支援課 042 (620) 7368	8	1	1	3	6	2	4	4	8	1	1	3	7	2	4	2
立川市	子ども家庭部子育て推進課手当・医療費給付係 042 (528) 4798	8	1	1	3	6	2	5	1	8	1	1	3	7	2	5	9

【公費負担医療の手引より抜粋】


区市町村	担当部課・電話番号	⑨ ⑩ 負担者番号				⑩ 負担者番号											
		法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
武蔵野市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当医療係 0422 (60) 1963	8	1	1	3	6	2	6	9	8	1	1	3	7	2	6	7
三鷹市	子ども政策部子育て支援課手当・医療係 0422 (45) 1151 内2756	8	1	1	3	6	2	7	7	8	1	1	3	7	2	7	5
青梅市	子ども家庭部子育て推進課助成係 0428 (22) 1111 内2144	8	1	1	3	6	2	8	5	8	1	1	3	7	2	8	3
府中市	子ども家庭部子育て応援課育成係 042 (335) 4100	8	1	1	3	6	2	9	3	8	1	1	3	7	2	9	1
昭島市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当・医療助成係 042 (544) 4193	8	1	1	3	6	3	0	1	8	1	1	3	7	3	0	9
調布市	子ども生活部子ども家庭課家庭福祉係 042 (481) 7093	8	1	1	3	6	3	1	9	8	1	1	3	7	3	1	7
町田市	子ども生活部子ども総務課手当・医療費助成係 042 (724) 2143	8	1	1	3	6	3	2	7	8	1	1	3	7	3	2	5
小金井市	子ども家庭部子育て支援課手当助成係 042 (387) 9839	8	1	1	3	6	3	3	5	8	1	1	3	7	3	3	3
小平市	子ども家庭部子育て支援課手当助成担 当042 (346) 9544	8	1	1	3	6	3	4	3	8	1	1	3	7	3	4	1
日野市	子ども部子育て課助成係 042 (514) 8598	8	1	1	3	6	3	5	0	8	1	1	3	7	3	5	8
東村山市	子ども家庭部子ども保健給付課手当係 042 (393) 5111 内3267	8	1	1	3	6	3	6	8	8	1	1	3	7	3	6	6
国分寺市	子ども家庭部子ども子育てサービス課手当助成担 当042 (325) 0111 内378	8	1	1	3	6	3	7	6	8	1	1	3	7	3	7	4
国立市	子ども家庭部子育て支援課子育て支援係 042 (576) 2105	8	1	1	3	6	3	8	4	8	1	1	3	7	3	8	2
福生市	子ども家庭部子ども育成課子育て支援係 042 (551) 1737	8	1	1	3	6	4	1	8	8	1	1	3	7	4	1	6
狛江市	子ども家庭部子ども政策課手当助成係 03 (3430) 1111 内2313・2314 (直通) 03 (3430) 1277	8	1	1	3	6	4	2	6	8	1	1	3	7	4	2	4
東大和市	子育て支援部子育て支援課手当・助成 係042 (563) 2111 内1763	8	1	1	3	6	4	3	4	8	1	1	3	7	4	3	2
清瀬市	福祉・子ども部子育て支援課助成係 042 (497) 2088	8	1	1	3	6	4	4	2	8	1	1	3	7	4	4	0
東久留米市	子ども家庭部児童青少年課助成支援係 042 (470) 7736	8	1	1	3	6	4	5	9	8	1	1	3	7	4	5	7
武蔵村山市	子ども家庭部子ども青少年課手当・青少年係 042 (565) 1111 内185	8	1	1	3	6	4	6	7	8	1	1	3	7	4	6	5
多摩市	子ども青少年部子育て支援課手当・医療・相談担 当042 (338) 6851	8	1	1	3	6	4	7	5	8	1	1	3	7	4	7	3
稲城市	子ども福祉部子育て支援課手当助成係 042 (378) 2111 内232	8	1	1	3	6	4	8	3	8	1	1	3	7	4	8	1
羽村市	子ども家庭部子育て支援課支援係 042 (555) 1111 内線236	8	1	1	3	6	5	0	9	8	1	1	3	7	5	0	7
あきる野市	子ども家庭部子ども政策課子ども政策係 042 (518) 7854	8	1	1	3	6	4	9	1	8	1	1	3	7	4	9	9
西東京市	子育て支援部子育て支援課手当助成係 042 (460) 9840	8	1	1	3	6	3	9	2	8	1	1	3	7	3	9	0
瑞穂町	福祉部子育て応援課子育て支援係 042 (557) 7624	8	1	1	3	6	5	1	7	8	1	1	3	7	5	1	5
日の出町	子育て福祉課子育て支援係 042 (588) 4113	8	1	1	3	6	5	2	5	8	1	1	3	7	5	2	3

【公費負担医療の手引より抜粋】


区市町村	担当部課・電話番号	⑧ ⑨ 負担者番号				⑩ 負担者番号											
		法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
檜原村	福祉けんこう課福祉係 042 (598) 3121 内112	8	1	1	3	6	5	4	1	8	1	1	3	7	5	4	9
奥多摩町	福祉保健課子育て推進係 0428 (85) 2611	8	1	1	3	6	5	5	8	8	1	1	3	7	5	5	6
大島町	福祉けんこう課子育て応援係 04992 (2) 1471	8	1	1	3	6	5	6	6	8	1	1	3	7	5	6	4
利島村	住民課 04992 (9) 0011	8	1	1	3	6	5	7	4	8	1	1	3	7	5	7	2
新島村	民生課福祉介護係 04992 (5) 0243	8	1	1	3	6	5	8	2	8	1	1	3	7	5	8	0
神津島村	福祉課福祉係 04992 (8) 0011 内37	8	1	1	3	6	5	9	0	8	1	1	3	7	5	9	8
三宅村	福祉健康課福祉係 04994 (5) 0902	8	1	1	3	6	6	0	8	8	1	1	3	7	6	0	6
御蔵島村	総務課民生係 04994 (8) 2121	8	1	1	3	6	6	1	6	8	1	1	3	7	6	1	4
八丈町	福祉健康課厚生係 04996 (2) 5570	8	1	1	3	6	6	2	4	8	1	1	3	7	6	2	2
青ヶ島村	総務課 04996 (9) 0111 内161	8	1	1	3	6	6	3	2	8	1	1	3	7	6	3	0
小笠原村	村民課住民係 04998 (2) 3113	8	1	1	3	6	6	4	0	8	1	1	3	7	6	4	8

問合せ先 東京都福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282


【公費負担医療の手引より抜粋】

15	
法別番号	88
取扱医療機関	東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する)
対象者	<p>(1)対象者(対象乳幼児) 対象となる者は、義務教育就学前までの乳幼児(6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)を育てている保護者(平成13年10月1日改正)</p> <p>(2)対象除外(「1」に該当しても次の者(乳幼児)は、対象者とししない) ・国民健康保険又は社会保険に加入していない者(乳幼児) ・生活保護を受けている者(乳幼児) ・中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている者(乳幼児) ・児童福祉施設等に措置により入所している乳幼児</p> <p>(3)所得制限 所得制限は、この事業の実施主体である各区市町村が決めているので、詳細は各区市町村の担当窓口へ照会のこと(P.154参照)。 なお、東京都から区市町村事業への補助対象となる所得制限額は、児童手当法の所得制限額と同額となっている。</p>



1. 概要

都内の各区市町村が、乳幼児の健やかな育成と子育て支援を図るため、乳幼児を育てている保護者に対して、乳幼児に係る医療費の一部を助成する制度で、平成6年1月から実施されている。(注)「」と書いて「マルニユウ」と略称する。

2. 認定期間

医療証の有効期間は、各年の10月1日から翌年の9月30日までの1年間であり、その更新月日は、各年の10月1日である。ただし、この制度の対象となる乳幼児の年齢が6歳に達する日以後の最初の3月31日までとなっているので、医療証の赤枠で囲ってある有効期間に注意すること。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村長に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「医療証」の交付を受ける。医療証は、個人証となっている。

法制番号は、「88」である。都道府県番号は、「13」である。実施機関番号は、「800」及び「200」である。

実施機関番号は、都基準に基づく事業と区市町村単独事業を区別するために、2つ設定しているが、医療機関窓口における取扱は同じである。

(区市町村別の負担者番号はP.154参照)。

 医療証	
負担者番号	
受給者番号	
乳幼児	氏名
	生年月日 平成 年 月 日生
保護者	住所
	氏名
有効期間	平成 年 月 日から
	平成 年 月 日まで
交付年月日	平成 年 月 日

【公費負担医療の手引より抜粋】

4. 公費負担

(1) 現物給付

対象者は、健康保険証と①医療証を医療機関の窓口へ提出する。医療機関の窓口では、入院の場合は食事療養標準負担額のみ徴収する。助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて、医療機関に支払う。

(2) 現金給付

対象者が、受診の際の医療機関の窓口へ①医療証を提出しなかったときや保険の療養費が支給されたとき、都外の国保加入者のときは、区市町村が対象者の申請(保険給付決定通知書、領収書)などに基づき、直接対象者に支払う。この事業を実施しているのは、都内の各区市町村である。

5. 医療機関での取扱い

(1) 受給資格の確認

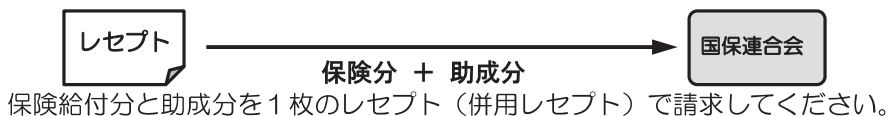
医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」の提示を受け、受給資格を確認する。両方の証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。

(2) 対象乳幼児が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

医療機関は、保険分、①制度助成分とも、診療報酬明細書(国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト)を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

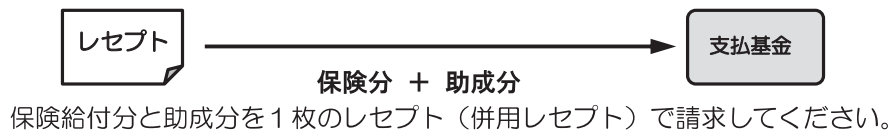
(注)月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。
この①制度助成分について、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

国民健康保険の場合



注意 都外国保(他道府県の市町村国保及び国保組合)都外後期高齢者医療(他道府県の広域連合)の場合
都外国保・都外後期高齢の場合は併用レセプトでの請求はできません。
この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

社会保険の場合



(3) 対象乳幼児が他の公費負担医療等に該当し、かつ①制度の助成がある場合

保険分、①制度助成分及び他の公費負担医療分は、診療報酬明細書(国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト)を使用して、国保の場合、国保連合会へ、社保の場合、支払基金へ請求する。

(4) 高額療養費の現物給付がある場合

診療報酬明細書の特記事項欄に「26区ア」「27区イ」「28区ウ」「29区エ」「30区オ」を記載すること。

【公費負担医療の手引より抜粋】

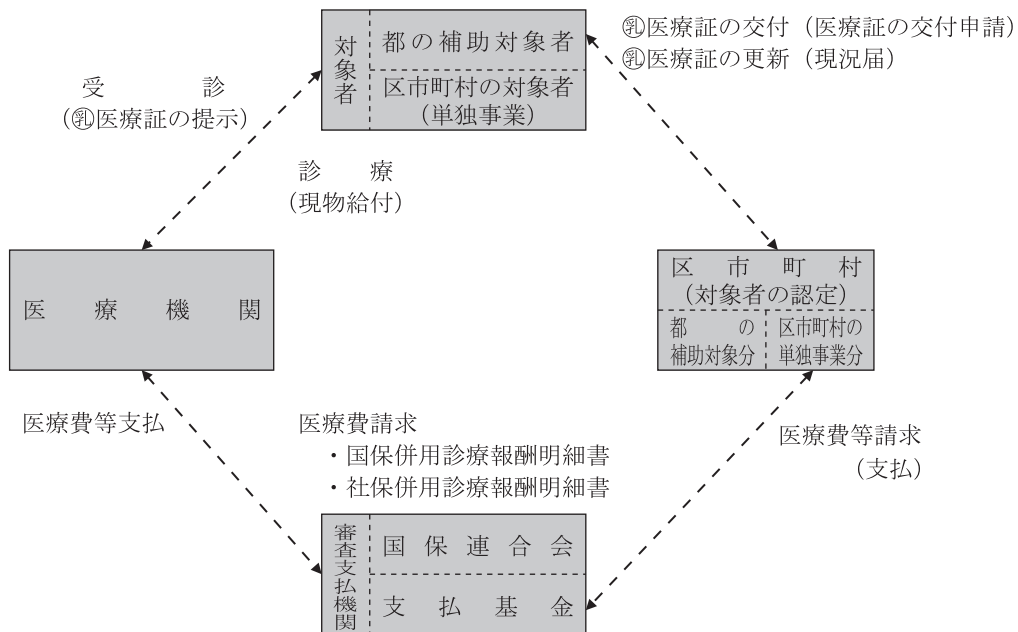
6. 助成額

区市町村は、国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外来	医療保険 8割	㊦助成 2割
入院	医療保険 8割	㊦助成 2割
	食事療養費	食事療養標準負担額 患者負担 1食460円

※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況等に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

「乳幼児医療費助成制度・医療費助成の請求支払のしくみ」(現物給付分)



7. 他の公費負担医療制度との関係

㊦制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等法に基づく公費負担医療制度の給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない(他の公費負担医療制度の給付を優先する)。適用関係は下記の図のとおり。

また、㊦公費負担医療制度と㊦制度の関係も同様に㊦公費負担医療制度を優先し、生活保護法による被保護者は㊦制度の対象とならない。

外来	医療保険	他の公費助成	他の公費一部負担金 ㊦助成
----	------	--------	------------------

※ 他の公費負担医療の一部負担金を㊦で助成

入院	医療保険	他の公費助成	他の公費一部負担金 ㊦助成
----	------	--------	------------------

食事療養費	食事療養標準負担額
-------	-----------

└─ 〔他の公費で助成又は患者負担〕

※ 他の公費負担医療の一部負担金を㊦で助成

【公費負担医療の手引より抜粋】

8. ㊦医療費助成制度との関係について

平成19年10月から義務教育就学児医療費助成制度が開始した。これにより、6歳に達した日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間は、㊦制度の対象となる。㊧制度と㊦制度は負担者番号が異なるため、「診療報酬明細書」作成の際は特に注意すること。

※ 義務教育就学児医療費助成制度の詳細は(P.157～参照)。

乳幼児医療費助成制度 区市町村担当課・負担者番号一覧

2021.4.1現在

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号				負担者番号											
		法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
千代田区	子ども部子育て推進課手当・医療係 03 (5211) 4230	8	8	1	3	2	0	1	4								
中央区	福祉保健部子育て支援課子育て支援係 03 (3546) 5350	8	8	1	3	2	0	2	2								
港区	子ども家庭支援部子ども家庭課子ども給付係 03 (3578) 2430	8	8	1	3	2	0	3	0								
新宿区	子ども家庭部子ども家庭課子ども医療・手当係 03 (5273) 4546	8	8	1	3	2	0	4	8								
文京区	子ども家庭部子育て支援課児童給付係 03 (5803) 1701	8	8	1	3	2	0	5	5								
台東区	区民部子育て・若者支援課給付担当 03 (5246) 1232	8	8	1	3	2	0	6	3								
墨田区	子ども・子育て支援部子育て支援課児童手当・医療助成係 03 (5608) 1439	8	8	1	3	2	0	7	1								
江東区	こども未来部こども家庭支援課給付係 03 (3647) 4754	8	8	1	3	2	0	8	9								
品川区	子ども未来部子ども家庭支援課手当・医療助成係 03 (5742) 9174	8	8	1	3	2	0	9	7								
目黒区	子育て支援部子育て支援課手当・医療係 03 (5722) 9864	8	8	1	3	2	1	0	5								
大田区	こども家庭部子育て支援課こども医療係 03 (5744) 1275	8	8	1	3	2	1	1	3								
世田谷区	子ども・若者部子ども育成推進課子ども医療・手当係 03 (5432) 2309	8	8	1	3	2	1	2	1								
渋谷区	子ども家庭部子ども青少年課子育て給付係 03 (3463) 2558	8	8	1	3	2	1	3	9								
中野区	子ども教育部子育て支援課児童手当・子ども医療費助成係 03 (3228) 3253	8	8	1	3	8	1	4	4	8	8	1	3	2	1	4	7
杉並区	子ども家庭部管理課子ども医療・手当係 03 (5307) 0785	8	8	1	3	2	1	5	4								
豊島区	子ども家庭部子育て支援課児童給付グループ 03 (3981) 1417	8	8	1	3	2	1	6	2								
北区	子ども未来部子ども未来課子育て給付係 03 (3908) 9096	8	8	1	3	2	1	7	0								
荒川区	子ども家庭部子育て支援課子育て給付係 03 (3802) 3111 内3816	8	8	1	3	2	1	8	8								
板橋区	子ども家庭部子ども政策課子どもの手当医療係 03 (3579) 2374	8	8	1	3	2	1	9	6								
練馬区	こども家庭部子育て支援課児童手当係 03 (5984) 5824	8	8	1	3	2	2	0	4								

【公費負担医療の手引より抜粋】

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号				負担者番号											
		法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
足立区	福祉部親子支援課児童給付係 03 (3880) 6492	8	8	1	3	2	2	1	2								
葛飾区	子育て支援部子育て支援課児童手当係 03 (5654) 8294	8	8	1	3	2	2	2	0								
江戸川区	子ども家庭部児童女性課医療費助成係 03 (5662) 8578	8	8	1	3	2	2	3	8								
八王子市	子ども家庭部子育て支援課 042 (620) 7368	8	8	1	3	8	2	4	3	8	8	1	3	2	2	4	6
立川市	子ども家庭部子育て推進課手当・医療費給付係 042 (528) 4816	8	8	1	3	8	2	5	0	8	8	1	3	2	2	5	3
武蔵野市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当医療係 0422 (60) 1963	8	8	1	3	8	2	6	8	8	8	1	3	2	2	6	1
三鷹市	子ども政策部子育て支援課手当・医療係 0422 (45) 1151 内2756	8	8	1	3	8	2	7	6	8	8	1	3	2	2	7	9
青梅市	子ども家庭部子育て推進課助成係 0428 (22) 1111 内2144	8	8	1	3	8	2	8	4	8	8	1	3	2	2	8	7
府中市	子ども家庭部子育て応援課育成係 042 (335) 4100	8	8	1	3	8	2	9	2	8	8	1	3	2	2	9	5
昭島市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当・医療助成係 042 (544) 4193	8	8	1	3	8	3	0	0	8	8	1	3	2	3	0	3
調布市	子ども生活部子ども家庭課家庭福祉係 042 (481) 7093	8	8	1	3	8	3	1	8	8	8	1	3	2	3	1	1
町田市	子ども生活部子ども総務課手当・医療費助成係 042 (724) 2139	8	8	1	3	8	3	2	6	8	8	1	3	2	3	2	9
小金井市	子ども家庭部子育て支援課手当助成係 042 (387) 9839	8	8	1	3	8	3	3	4	8	8	1	3	2	3	3	7
小平市	子ども家庭部子育て支援課手当助成担当 042 (346) 9544	8	8	1	3	8	3	4	2	8	8	1	3	2	3	4	5
日野市	子ども部子育て課助成係 042 (514) 8598	8	8	1	3	8	3	5	9	8	8	1	3	2	3	5	2
東村山市	子ども家庭部子ども保健・給付課手当係 042 (393) 5111 内3265・3266	8	8	1	3	8	3	6	7	8	8	1	3	2	3	6	0
国分寺市	子ども家庭部子ども子育てサービス課手当助成担当 042 (325) 0111 内378	8	8	1	3	8	3	7	5	8	8	1	3	2	3	7	8
国立市	子ども家庭部子育て支援課子育て支援係 042 (576) 2105	8	8	1	3	8	3	8	3	8	8	1	3	2	3	8	6
福生市	子ども家庭部子ども育成課子育て支援係 042 (551) 1737	8	8	1	3	8	4	1	7	8	8	1	3	2	4	1	0
狛江市	子ども家庭部子ども政策課手当助成係 03 (3430) 1111 内2313、2314 (直通) 03 (3430) 1277	8	8	1	3	8	4	2	5	8	8	1	3	2	4	2	8
東大和市	子育て支援部子育て支援課手当・助成係 042 (563) 2111 内1763	8	8	1	3	8	4	3	3	8	8	1	3	2	4	3	6
清瀬市	福祉・子ども部子育て支援課助成係 042 (497) 2088	8	8	1	3	8	4	4	1	8	8	1	3	2	4	4	4
東久留米市	子ども家庭部児童青少年課助成支援係 042 (470) 7736	8	8	1	3	8	4	5	8	8	8	1	3	2	4	5	1
武蔵村山市	子ども家庭部子ども青少年課手当・青少年係 042 (565) 1111 内185	8	8	1	3	8	4	6	6	8	8	1	3	2	4	6	9

【公費負担医療の手引より抜粋】

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号				負担者番号											
		法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
多摩市	子ども青少年部子育て支援課手当・医療・相談担当 042 (338) 6851	8	8	1	3	8	4	7	4	8	8	1	3	2	4	7	7
稲城市	子ども福祉部子育て支援課手当助成係 042 (378) 2111 内232	8	8	1	3	8	4	8	2	8	8	1	3	2	4	8	5
羽村市	子ども家庭部子育て支援課支援係 042 (555) 1111 内237	8	8	1	3	8	5	0	8	8	8	1	3	2	5	0	1
あきる野市	子ども家庭部子ども政策課こども政策係 042 (518) 7854	8	8	1	3	8	4	9	0	8	8	1	3	2	4	9	3
西東京市	子育て支援部子育て支援課手当助成係 042 (460) 9840	8	8	1	3	8	3	9	1	8	8	1	3	2	3	9	4
瑞穂町	福祉部子育て応援課子育て支援係 042 (557) 7624	8	8	1	3	8	5	1	6	8	8	1	3	2	5	1	9
日の出町	子育て福祉課子育て支援係 042 (588) 4113	8	8	1	3	8	5	2	4	8	8	1	3	2	5	2	7
檜原村	福祉けんこう課福祉係 042 (598) 3121 内112	8	8	1	3	8	5	4	0	8	8	1	3	2	5	4	3
奥多摩町	福祉保健課子育て推進係 0428 (85) 2611	8	8	1	3	8	5	5	7	8	8	1	3	2	5	5	0
大島町	福祉けんこう課子育て応援係 04992 (2) 1471	8	8	1	3	8	5	6	5	8	8	1	3	2	5	6	8
利島村	住民課 04992 (9) 0011	8	8	1	3	8	5	7	3	8	8	1	3	2	5	7	6
新島村	民生課福祉介護係 04992 (5) 0243	8	8	1	3	8	5	8	1	8	8	1	3	2	5	8	4
神津島村	福祉課福祉係 04992 (8) 0011 内37	8	8	1	3	8	5	9	9	8	8	1	3	2	5	9	2
三宅村	福祉健康課福祉係 04994 (5) 0902	8	8	1	3	8	6	0	7	8	8	1	3	2	6	0	0
御蔵島村	総務課民生係 04994 (8) 2121	8	8	1	3	8	6	1	5	8	8	1	3	2	6	1	8
八丈町	福祉健康課厚生係 04996 (2) 5570	8	8	1	3	8	6	2	3								
青ヶ島村	総務課 04996 (9) 0111 内161	8	8	1	3	8	6	3	1								
小笠原村	村民課住民係 04998 (2) 3113	8	8	1	3	8	6	4	9	8	8	1	3	2	6	4	2

問合せ先 東京都福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

【公費負担医療の手引より抜粋】

16 ㊦ 義務教育就学児医療費助成制度	
法別番号	88
取扱医療機関	東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する)
対象者	<p>(1)対象者(対象児童) 対象となる者は、小学校1年生から中学校3年生までの義務教育就学期にある児童(6歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)を養育している者。</p> <p>(2)対象除外(「1」に該当しても次の者(児童)は、対象としない) <ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険又は社会保険に加入していない者(児童) ・生活保護を受けている者(児童) ・中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている者(児童) ・児童福祉施設等に措置により入所している児童 </p> <p>(3)所得制限 所得制限は、この事業の実施主体である各区市町村が決めているので、詳細は各区市町村の担当窓口で照会のこと(P.162～参照)。 なお、東京都から区市町村事業への補助対象となる所得制限額は、児童手当法の所得制限額と同額となっている。</p>

1. 概要

都内の各区市町村が、児童の保健の向上と健全な育成を図るため、児童を養育している保護者に対して、児童に係る医療費の一部を助成する制度で、平成19年10月から実施されている。(注)「㊦」と書いて「マルコ」と略称する。

2. 認定期間

㊦医療証の有効期間は、各年10月1日から翌年の9月30日までの1年間であり、その更新月日は、各年10月1日である。ただし、6歳児については、3月31日までは㊧であり、4月1日から㊦に切替わるため、4月1日から9月30日までとなる。また、この制度の対象となる児童の年齢が、15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者となっているので、医療証の赤枠で囲んである有効期間に特に注意すること。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「㊦医療証」の交付を受ける。㊦医療証は、個人証となっている。㊦医療証の様式は、「通院負担有(200円)」の表示証と、表示がない証の2種類あり、区市町村によって異なる。

(1) 通院負担「有」の場合

㊦医療証の右上に赤枠で囲まれた「通院負担有(200円)」の表示がある。本人負担は、通院(調剤及び訪問看護を除く。以下同じ)については、「一部負担金(通院1回につき200円(上限額))の徴収に係る留意事項」(P.160～参照)。入院については、本人負担はない。

㊦ 医療証		通院負担有(200円)
負担者番号		
受給者番号		
姓 氏 名	男・女	
生年月日	平成 年 月 日生	
住 所		
保護者		
氏 名		
有効期間	平成 年 月 日から	
	平成 年 月 日まで	
交付年月日	平成 年 月 日	

【公費負担医療の手引より抜粋】

(2) 本人負担「無」の場合

本人負担がないため、㊦医療証には本人負担に関する表示がない。

子 医療証	
負担者番号	
受給者番号	
児 氏 名	男・女
生年月日	平成 年 月 日生
住 所 等	
保 護 者 氏 名	
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
交付年月日	平成 年 月 日

負担者番号

	法制番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
通院負担「有」	8	8	1	3	1			
	8	8	1	3	4			
本人負担「無」	8	8	1	3	3			
	8	8	1	3	5			
	8	8	1	3	7			

㊦制度と同様の番号

※ 通院負担「有」の場合と本人負担「無」の場合各々複数の負担者番号がある。これは、都基準に基づく事業と区市町村単独事業を区別するために設定しているが、医療機関窓口における取扱は同じである。

4. 医療機関での取扱い

(1) 対象児童が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

① 対象者が、健康保険証と㊦医療証を医療機関の窓口に提出した場合

医療機関の窓口では、㊦制度の通院一部負担金及び入院の場合の食事療養標準負担額を徴収する。(㊦制度本人負担「無」の者については、入院時食事療養標準負担額のみ徴収)

医療機関は、保険分及び㊦制度助成分とも、診療報酬明細書(国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト)を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

(注)月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。

国民健康保険の場合



保険給付分と助成分を1枚のレセプト(併用レセプト)で請求してください。

注意 都外国保(他道府県の市町村国保及び国保組合)の場合

都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。

この場合は、**窓口では助成制度を適用せず**医療保険の自己負担額を徴収してください。保険分のみレセプト請求し、助成分は**本人が区市町村から現金償還**を受ける取扱となります。

【公費負担医療の手引より抜粋】

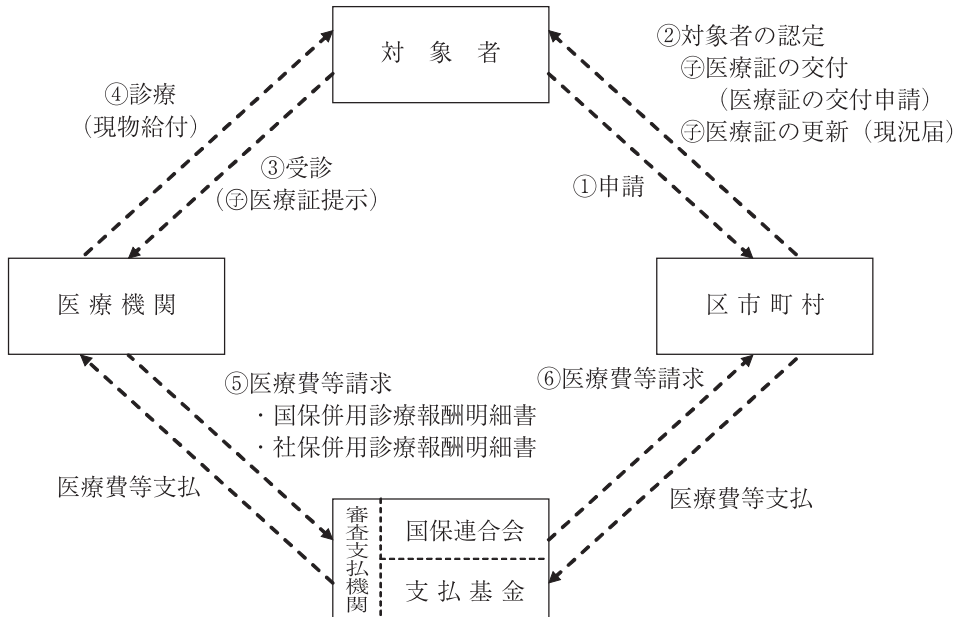
社会保険の場合



保険給付分と助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

②対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ㊦医療証を提示しなかった場合や、保険の療養費が支給された場合、都外の国保加入者の場合

対象者の申請(保険給付決定通知書、領収書)に基づき、区市町村が直接対象者に支払う。



(2)対象児童が他の公費負担医療等に該当し、かつ㊦制度の助成がある場合

保険分、㊦制度助成分及び他の公費負担医療分については、診療報酬明細書(国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト)を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

(3)高額療養費の現物給付がある場合

診療報酬明細書の特記事項欄に「26区ア」「27区イ」「28区ウ」「29区エ」「30区オ」を記載すること。

5. 公費負担額・助成額

(1)通院負担「有」の場合

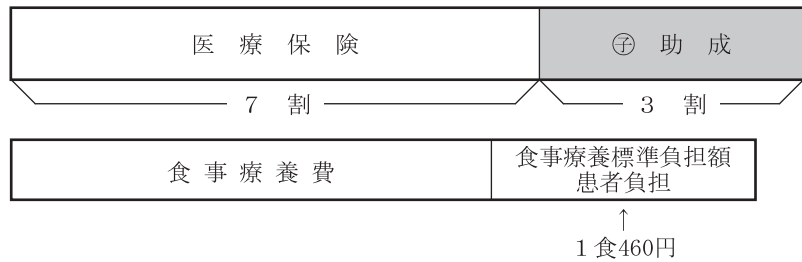
国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㊦制度の一部負担金(通院1回につき200円(上限額))を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外 来

医療保険	㊦ 助成	一部 負担金 (200円を上限)
7 割	3 割	

【公費負担医療の手引より抜粋】

入院



※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

(2) 一部負担金(通院1回につき200円(上限額))の徴収に係る留意事項

① 医療保険上の自己負担額(3割相当額)が200円に満たない場合

医療保険上の自己負担額が200円に満たない場合は、その満たない額を徴収する。

例えば、医療保険上の自己負担額(3割相当額)が183円であれば、10円未満の端数を四捨五入し、180円を徴収する。ただし、診療報酬明細書の一部負担金額の欄には、183円(10円未満の端数を四捨五入する前の金額(1円単位))と記載する。

② 1日のうちに同一医療機関に2回通院した場合

2回通院した場合でも1回分だけ徴収する。診療報酬明細書の診療実日数の記載においては、同一医療機関に同一日に2回通院した場合でも、「1日」として記載することとなっている。本制度における「1回」と診療報酬明細書の「1日」は同義であるため、本制度においても診療報酬明細書に合わせ、1回分だけ徴収する。

また、同日中に2回通院して最初の1回目で200円に満たない場合(例えば180円)、2回目の来院時には、1回目の自己負担額と200円までの差額(20円)は徴収しない。

③ 1日のうちに別の医療機関を受診した場合

医療機関ごとに一部負担金を徴収する。ただし、調剤薬局は、一部負担金を徴収しない。

④ 1日のうちに同一医療機関の複数科を受診した場合

200円(上限額)を徴収し、診療科ごとには一部負担金を徴収しない。

⑤ 院内処方の場合

院内処方の場合は、薬代は含まずに、窓口では1回につき200円を上限とする金額を徴収する。なお、処方せん料は投薬ではなく、200円の算定基礎となる。

⑥ 補装具(治療用装具)の場合

医師が疾病又は負傷の治療遂行上必要と判断し、医療保険を適用して補装具を購入する場合には、一部負担金は徴収しない。

⑦ 診察と別の日に行う検査のみの場合

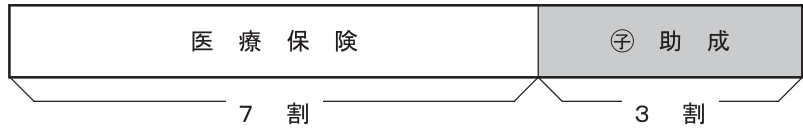
診療実日数にカウントしない検査のみの来院は、一部負担金は徴収しない。

【公費負担医療の手引より抜粋】

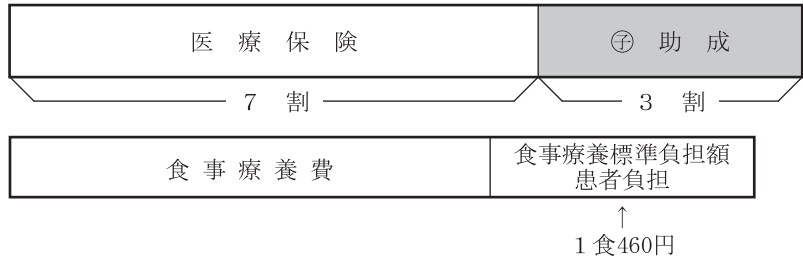
(3) 本人負担「無」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外 来



入 院



※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

6. 他の医療制度との関係

⑤制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等他の法令によって医療に関する給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない(他の公費負担医療制度の給付を優先する。)

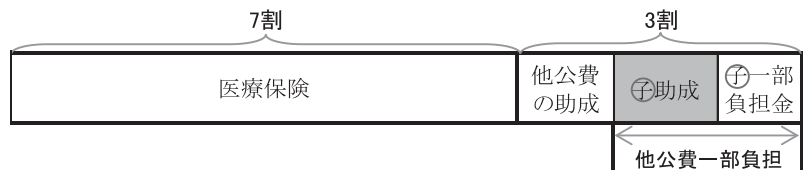
法に基づく公費負担医療制度との関係では、法に基づく給付が行われた結果、対象者に一部負担金が生じた場合、その一部負担金が⑤制度で一部負担金より高額の場合には、その差額を⑤制度で助成する。

また、⑥公費負担医療制度と⑤制度の関係も、同様に⑥公費負担医療制度を優先する。

生活保護法による被保護者は⑤制度の対象とならない。適用関係は下記の図のとおりである。

外 来 「通院負担「有」の場合」 * ⑤制度一部負担金 = 通院1回につき200円(上限額)

- 他公費一部負担金 > ⑤制度一部負担金 → 差額を⑤で助成



- 他公費一部負担金 < ⑤制度一部負担金 → ⑤助成なし

「本人負担「無」の場合」

- ・ 他公費一部負担金を⑤で助成



【公費負担医療の手引より抜粋】

入院

通院負担「有」の場合 } 共通
 本人負担「無」の場合 }

		他の公費一部負担金
医療保険	他公費の助成	⊕ 助成

食事療養	食事療養標準負担額
{ 他公費で助成 又は患者負担 }	

※ 他の公費負担医療の一部負担金を⊕で助成

義務教育就学児医療費助成制度 負担者番号一覧

2021.10.1現在

※ 各区市町村の担当課及び連絡先は、乳幼児医療費助成制度と同様((P.154~参照)。

区市町村	事業内容	所得制限有:○	負担者番号																
			法制番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号	法制番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号									
千代田区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	1	7								
中央区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	2	5								
港区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	3	3								
新宿区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	4	1								
文京区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	5	8								
台東区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	6	6								
墨田区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	7	4								
江東区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	8	2								
品川区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	0	9	0								
目黒区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	0	8								
大田区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	1	6								
世田谷区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	2	4								
渋谷区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	3	2								
中野区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	3	1	4	5	8	8	1	3	5	1	4	0
杉並区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	5	7								
豊島区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	6	5								
北区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	7	3								
荒川区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	8	1								
板橋区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	1	9	9								
練馬区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	2	0	7								
足立区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	2	1	5								
葛飾区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	2	2	3								
江戸川区	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	5	2	3	1								
八王子市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	2	4	8	8	8	1	3	4	2	4	2
立川市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	2	5	5								

【公費負担医療の手引より抜粋】

区 市 町 村	事 業 内 容	所得 制限 有:○	負 担 者 番 号											
			法 制 番 号	都 道 府 県 番 号	実 施 機 関 番 号	検 証 番 号	法 制 番 号	都 道 府 県 番 号	実 施 機 関 番 号	検 証 番 号				
武蔵野市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8 8	1 3	7 2 6	0	8 8	1 3	5 2 6	4				
三鷹市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 2 7	1	8 8	1 3	4 2 7	5				
青梅市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8 8	1 3	1 2 8	9	8 8	1 3	4 2 8	3				
府中市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8 8	1 3	7 2 9	4	8 8	1 3	5 2 9	8				
昭島市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 3 0	5								
調布市	入院・通院中学校卒業まで ※非課税世帯は自己負担 なし	○	8 8	1 3	1 3 1	3	8 8	1 3	4 3 1	7				
			8 8	1 3	7 3 1	0								
町田市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8 8	1 3	1 3 2	1	8 8	1 3	4 3 2	5				
小金井市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 3 3	9	8 8	1 3	4 3 3	3				
小平市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 3 4	7								
日野市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし	○	8 8	1 3	7 3 5	1								
東村山市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 3 6	2								
国分寺市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 3 7	0	8 8	1 3	4 3 7	4				
国立市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 3 8	8	8 8	1 3	4 3 8	2				
福生市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8 8	1 3	1 4 1	2	8 8	1 3	4 4 1	6				
狛江市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 4 2	0	8 8	1 3	4 4 2	4				
東大和市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院1回200円	○	8 8	1 3	1 4 3	8								
清瀬市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 4 4	6								
東久留米市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 4 5	3								
武蔵村山市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 4 6	1								
多摩市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 4 7	9	8 8	1 3	4 4 7	3				
稲城市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 4 8	7								
羽村市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8 8	1 3	1 5 0	3	8 8	1 3	4 5 0	7				
あきる野市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8 8	1 3	1 4 9	5								
西東京市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8 8	1 3	1 3 9	6	8 8	1 3	4 3 9	0				
瑞穂町	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8 8	1 3	1 5 1	1	8 8	1 3	4 5 1	5				

【公費負担医療の手引より抜粋】

区 市 町 村	事 業 内 容	所得 制限 有:○	負 担 者 番 号															
			法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法制 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
日の出町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	2	6	8	8	1	3	5	5	2	0
檜原村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	4	2	8	8	1	3	5	5	4	6
奥多摩町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	5	9	8	8	1	3	5	5	5	3
大島町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	6	7	8	8	1	3	5	5	6	1
利島村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	7	5	8	8	1	3	5	5	7	9
新島村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	8	3	8	8	1	3	5	5	8	7
神津島村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	9	1	8	8	1	3	5	5	9	5
三宅村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	6	0	9	8	8	1	3	5	6	0	3
御蔵島村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	6	1	7	8	8	1	3	5	6	1	1
八丈町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし	○	8	8	1	3	7	6	2	5								
青ヶ島村	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	6	3	6								
小笠原村	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	6	4	4	8	8	1	3	4	6	4	8

問合せ先 東京都福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

青 高校生等医療費助成制度

法別番号	89
取扱医療機関	東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する)
対象者	<p>(1)対象者(高校生等) 対象となる者は、高校生等(15歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者。高校に在学していない者を含む。)を養育している者。</p> <p>(2)対象除外(「1」に該当しても次の者(高校生等)は、対象としない)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険又は社会保険に加入していない者(高校生等) ・生活保護を受けている者(高校生等) ・中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている者(高校生等) ・児童福祉施設等に措置により入所している高校生等 <p>(3)所得制限 所得制限は、この事業の実施主体である各区市町村が決められているので、詳細は各区市町村の担当窓口にて照会のこと。 なお、東京都から区市町村事業への補助対象となる所得制限額は、児童手当法の所得制限額と同額となっている。</p>

1. 概要

都内の各区市町村が、高校生等の保健の向上と健全な育成を図るため、高校生等を養育している保護者に対して、高校生等に係る医療費の一部を助成する制度である。(注)「青」と書いて「マルアオ」と略称する。

2. 認定期間

青医療証の有効期間は、各年10月1日から翌年の9月30日までの1年間(※)であり、その更新月日は、各年10月1日である。ただし、15歳児については、3月31日までは子であり、4月1日から青に切替わるため、4月1日から9月30日までとなる。また、この制度の対象となる高校生等の年齢が、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者となっているので、医療証の赤枠で囲んである有効期間に特に注意すること。

※令和5年4月事業開始のため、現在発行されている青医療証の有効期間は令和5年4月1日から令和5年9月30日までとなっている。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「青医療証」の交付を受ける。青医療証は、個人証となっている。青医療証の様式は、「通院負担有(200円)」の表示証と、表示がない証の2種類あり、区市町村によって異なる。

(1)通院負担「有」の場合

青医療証の右上に赤枠で囲まれた「通院負担有(200円)」の表示がある。

本人負担は、通院(調剤及び訪問看護を除く。以下同じ)については、「一部負担金(通院1回につき200円(上限額))の徴収に係る留意事項」を参照。入院については、本人負担はない。

青 医療証		通院負担有(200円)
負担者番号	8 9 1 3	
受給者番号		
高校生等	氏名	
	生年月日	年 月 日 生
保護者	住所	〒
	氏名	
有効期間	年 月 日から	年 月 日まで
<small>上記の者は、東京都〇〇区(市町村)高校生等医療費助成に関する条例により医療費の一部を〇〇区(市町村)が助成するものであることを証明する。</small>		
東京都〇〇区(市町村)長		
〇 〇 〇		
交付年月日	年 月 日	

(2)本人負担「無」の場合

本人負担がないため、㊦医療証には本人負担に関する表示がない。

㊦ 医療証	
負担者番号	8 9 1 3
受給者番号	
高校生等 氏名	
生年月日	年 月 日生
住所	〒
保 険 者 氏名	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
上記の者は、東京都〇〇区(市町村)高校生等医療費の助成に 関する条例により医療費の一部を〇〇区(市町村)が助成するも のであることを証明する。	
東京都〇〇区(市町村)長 〇 〇 〇 〇	
交付年月日	年 月 日

負担者番号

	法制番号		都道府県番号		実施機関番号			検証 番号
通院 負担 「有」	8	9	1	3	1			
	8	9	1	3	4			
本人 負担 「無」	8	9	1	3	5			
	8	9	1	3	7			

㊦制度と違う番号

※ 通院負担「有」の場合と本人負担「無」の場合各々複数の負担者番号がある。これは、都基準に基づく事業と区市町村単
独事業を区別するために設定しているが、医療機関窓口における取扱いは同じである。

4. 医療機関での取扱い

(1)対象高校生等が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

①対象者が、健康保険証と㊦医療証を医療機関の窓口へ提出した場合

(入院で医療費が高額な場合は、 限度額適用認定証も提示)

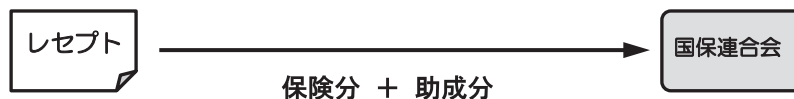
医療機関の窓口では、㊦制度の通院一部負担金と入院の場合の食事療養標準負担額を徴収する。(㊦制度本人
負担「無」の者については、入院時食事療養標準負担額のみ徴収)

医療機関は、保険分、㊦制度助成分とも、診療報酬明細書(国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト)
を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

助成する医療費は、区市町村が国保連合会、又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

(注)月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。

国民健康保険の場合



保険給付分と助成分を1枚のレセプト(併用レセプト)で請求してください。

注意 都外国保(他道府県の市町村国保及び国保組合)の場合

都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。

この場合は、**窓口では助成制度を適用せず**医療保険の自己負担額を徴収してください。

保険分のみレセプト請求し、助成分は**本人が区市町村から現金償還**を受ける取扱いとなります。

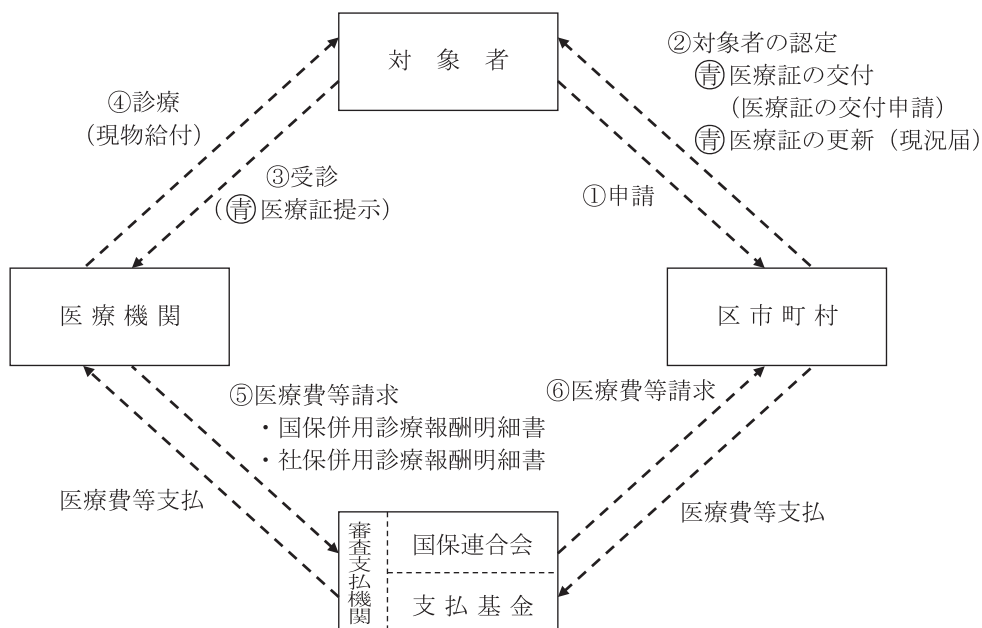
社会保険の場合



保険給付分と助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

②対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ ㊦ 医療証を提示しなかった場合や、保険の療養費が支給された場合、都外の国保加入者の場合

対象者の申請（保険給付決定通知書、領収書）に基づき、区市町村が直接対象者に支払う。



(2)対象高校生等が他の公費負担医療等に該当し、かつ ㊦ 制度の助成がある場合

保険分、㊦制度助成分及び他の公費負担医療分については、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

(3)高額療養費の現物給付がある場合

診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

5. 公費負担額・助成額

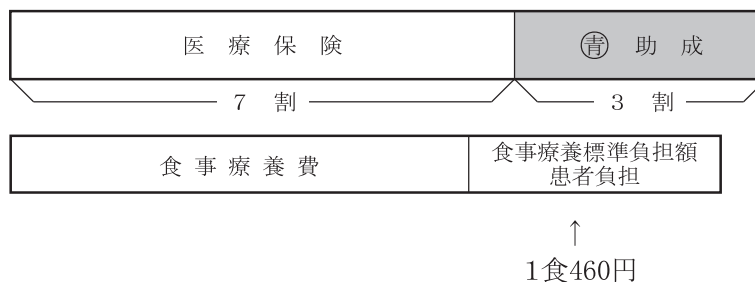
(1)通院負担「有」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㊦制度の一部負担金（通院1回につき200円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外来

医療保険	㊦ 助成	㊦ 一部負担金
7 割	3 割	

入院 「高額療養費が現物給付されない場合」(例)医療費が高額療養算定基準額以下の場合



※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

(2)一部負担金(通院1回につき200円(上限額))の徴収に係る留意事項

①医療保険上の自己負担額(3割相当額)が200円に満たない場合

医療保険上の自己負担額が200円に満たない場合は、その満たない額を徴収する。

例えば、医療保険上の自己負担額(3割相当額)が183円であれば、10円未満の端数を四捨五入し、180円を徴収する。ただし、診療報酬明細書の一部負担金額の欄には、183円(10円未満の端数を四捨五入する前の金額(1円単位))と記載する。

②1日のうちに同一医療機関に2回通院した場合

2回通院した場合でも1回分だけ徴収する。診療報酬明細書の診療実日数の記載においては、同一医療機関に同一日に2回通院した場合でも、「1日」として記載することとなっている。本制度における「1回」と診療報酬明細書の「1日」は同義であるため、本制度においても診療報酬明細書に合わせ、1回分だけ徴収する。

また、同日中に2回通院して最初の1回目で200円に満たない場合(例えば180円)、2回目の来院時には、1回目の自己負担額と200円までの差額(20円)は徴収しない。

③1日のうちに別の医療機関を受診した場合

医療機関ごとに一部負担金を徴収する。ただし、調剤薬局は、一部負担金を徴収しない。

④1日のうちに同一医療機関の複数科を受診した場合

200円(上限額)を徴収し、診療科ごとには一部負担金を徴収しない。

⑤補装具(治療用装具)の場合

医師が疾病又は負傷の治療遂行上必要と判断し、医療保険を適用して補装具を購入する場合には、一部負担金は徴収しない。

⑥診察と別の日に行う検査のみの場合

診療実日数にカウントしない検査のみの来院は、一部負担金は徴収しない。

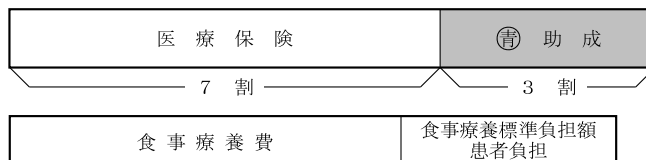
(3)本人負担「無」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外来



入院



↑
1食460円

※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

6. 他の医療制度との関係

④制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等他の法令によって医療に関する給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない(他の公費負担医療制度の給付を優先する)。

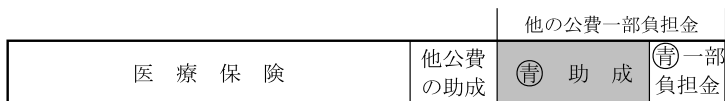
法に基づく公費負担医療制度との関係では、法に基づく給付が行われた結果、対象者に一部負担金が生じた場合、その一部負担金が④制度で一部負担金より高額の場合には、その差額を④制度で助成する。

また、⑤公費負担医療制度と④制度の関係も同様に⑤公費負担医療制度を優先する。生活保護法による被保護者は④制度の対象とならない。適用関係は下記の図のとおりである。

外来

「通院負担「有」の場合」* ④制度一部負担金=通院1回につき200円(上限額)

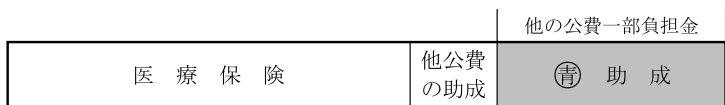
●他公費一部負担金 > ④制度一部負担金 → 差額を④で助成



●他公費一部負担金 < ④制度一部負担金 → ④助成なし

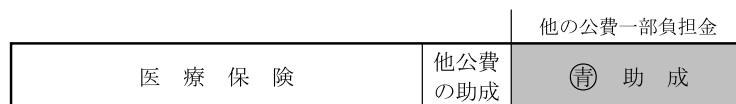
「本人負担「無」の場合」

・他公費一部負担金を④で助成



入院

通院負担「有」の場合 }
本人負担「無」の場合 } 共通



※ 他の公費負担医療の一部負担金を④で助成

難病医療費助成(難病助成[国疾病・都疾病])・小児慢性疾患医療費助成(小慢)と
 ④心身障害者医療費助成制度(マル障) 法別番号 80
 ⑤ひとり親家庭等医療費助成制度(マル親) 法別番号 81]との併用(3併)について

(令和5年1月更新 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課)

難病助成・小慢(第1公費)との併用におけるマル障・マル親(第2公費)の助成方法は次のとおりとなります。

一部負担金の徴収方法(難病助成・小慢とマル障課税者 80136***・マル親課税者 81136***)

難病助成・小慢で一部負担額が発生する場合に、マル障・マル親が助成し、総点数の1割(ただし、当該受診の難病助成・小慢上限まで)が窓口での自己負担となります。

受診ごと難病助成・小慢の一部負担額まで1割を徴収し、難病助成・小慢の一部負担額が発生しない場合は徴収しません(累計での徴収はしません)。

■医療保険一部負担3割、難病助成・小慢上限額5,000円、マル障・親一部負担1割の場合
 難病助成・小慢の一部負担額をマル障・マル親が助成(総点数の1割(当該受診の難病・小慢上限まで)は自己負担)

診療	総点数	医療保険		難病助成・小慢		マル障課税・マル親課税		
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	考え方
1日目	2,200点	15,400円	6,600円	2,200円	4,400円	2,200円	2,200円	1割負担
2日目	1,000点	7,000円	3,000円	2,400円	600円	0円	600円	1割のうち難病上限まで
3日目	2,000点	14,000円	6,000円	6,000円	0円	0円	0円	
4日目	5,000点	35,000円	15,000円	15,000円	0円	0円	0円	
合計	10,200点	71,400円	30,600円	25,600円	5,000円	2,200円	2,800円	

難病助成・小慢自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

上記の件の詳細につきましては、下記ホームページをご参照ください。
 東京都福祉保健局トップ⇒分野からのご案内「医療・保健」⇒医療助成
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/index.html>
 【担当】東京都福祉保健局保健政策部医療助成課
 電話(マル障担当) 03-5320-4571 (マル親担当) 03-5320-4282

小慢等（自己負担上限月額のある公費負担医療）と㊦義務教育就学児医療費助成（法別88）及び㊧高校生等医療費助成（法別89）との併用における取扱いについて
通院1回200円一部負担金徴収方法：市町村（一部除く）の医療証

（令和5年1月更新 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課）

自己負担上限月額のある公費：小児慢性特定疾病医療費助成：法別52 難病医療費助成：法別54,83 自立支援医療：法別16,21 B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成：法別38等と
 ㊦[マル子]義務教育就学児医療費助成**通院負担有(200円)**88131***、88134***及び㊧[マル青]高校生等医療費助成**通院負担有(200円)**89131***、89134***の併用における負担金徴収方法については次のとおりですので、よろしくお取り計らいの程お願いいたします。

（注）**通院負担有(200円)**の医療証は市町村（一部を除く）で発行しています。
 （注）マル青は令和5年4月開始です。

○マル子・マル青は、小慢等の一部負担金が発生した受診に限り、通院一部負担金を徴収する。ただし、その額は、当該受診ごとの小慢等の一部負担金までとする。

（例）小慢、自己負担上限額5,000円（一般所得I）

診療	点数 (保険/52/88or89)	第1公費 小慢(52) 一部負担金	第2公費 マル子(88131,88134) マル青(89131,89134) 一部負担金	マル子(88131,88134) マル青(89131,89134) 一部負担金(通院1回200円)徴収方法
1日目	1,200点	2,400円	200円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(200円徴収2,200円助成)
2日目	1,250点	2,500円	200円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(200円徴収2,300円助成)
3日目	2,000点	100円	<u>100円</u>	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(100円徴収・助成額なし)
4日目	1,000点	0円	<u>0円</u>	当該受診の小慢一部負担金が発生していないためマル子・マル青負担金・助成額なし
合計	5,450点	①5,000円	②500円	

自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

マル子・マル青助成 = ①5,000円 - ②500円 = 4,500円(自己負担500円)

徴収事例・レセプト記載例等は東京都福祉保健局ホームページをご参照ください。

東京都福祉保健局トップ⇒分野からのご案内「医療・保健」⇒医療助成

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/josei/index.html>

問合せ先: 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課 電話 03-5320-4282

3. 診療報酬請求書の留意点について

① 社会保険関係

オンライン資格確認及びオンライン請求 の概要等

関東審査事務センター事業管理課



次第

- 1 オンライン資格確認の概要について
- 2 オンライン資格確認の義務化について
- 3 オンライン資格確認導入の義務が猶予される経過措置について
- 4 オンライン資格確認におけるQ&A
- 5 オンライン資格確認等端末を利用してレセプトのオンライン請求を開始
- 6 オンライン請求システム等の概要
- 7 オンライン請求システムにおけるASP機能
- 8 ASPチェック結果の確認方法
- 9 返戻再請求のオンライン化
- 10 返戻再請求のオンライン化に関するQ&A
- 11 オンライン返戻再請求で注意すべき点

1. オンライン資格確認の概要について

○ オンライン資格確認とは

マイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号・番号等を利用し、医療機関・薬局の窓口で患者の資格情報等を確認する仕組みです。

マイナンバーカードを利用するには、顔認証付きカードリーダーが必要となります。

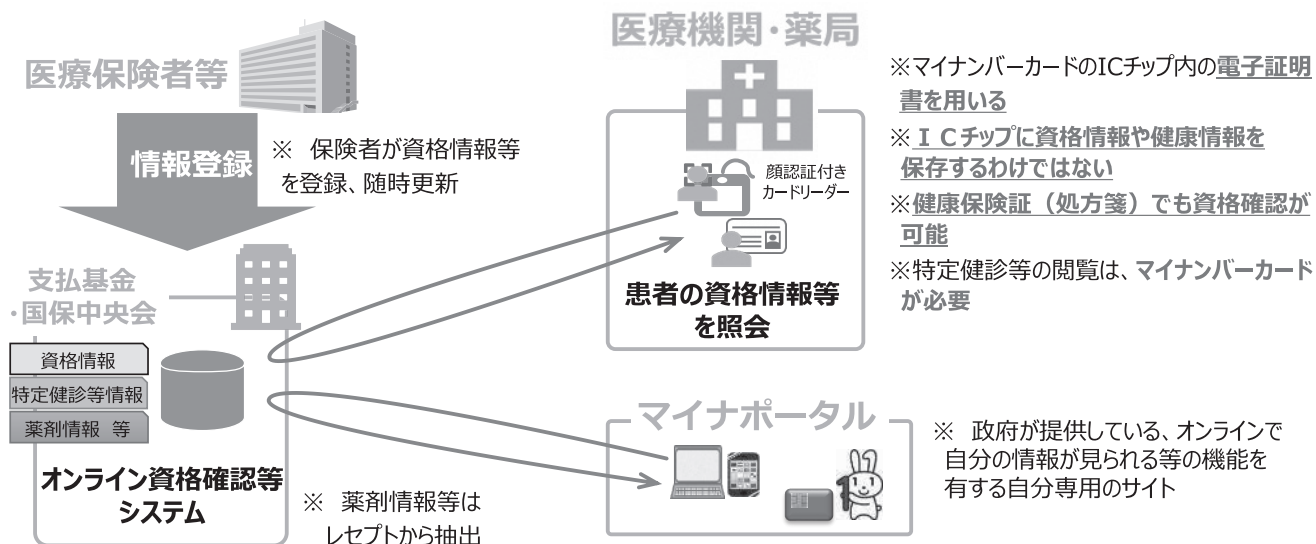
○ 顔認証付きカードリーダーとは

マイナンバーカードを使用してオンライン資格確認を行う際に必要となる専用機器のことです。マイナンバーカード内の顔写真データをICチップから読み取り、その「顔写真データ」と顔認証付きカードリーダーで撮影した「本人の顔写真」と照合、又は暗証番号による本人確認を行うことができます。

2

1. オンライン資格確認の概要について

- 医療機関・薬局の窓口で、患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できるようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減。
- マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、より良い医療を受けられる環境に。（マイナポータルでの閲覧も可能）



3

2. オンライン資格確認の義務化について

○ オンライン資格確認の義務化とは

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（令和4年6月7日閣議決定）を踏まえ令和4年8月10日の中央社会保険医療協議会（中医協）において、オンライン資格確認の導入の原則義務化などが答申・公表され、令和4年9月5日厚生労働省第124号をもって療養担当規則が改正されました。

療養担当規則等（省令）の改正の内容（令和5年4月施行）

1. 保険医療機関及び保険薬局は、患者の受給資格を確認する際、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならないこととする。（保険医療機関及び保険医療養担当規則第3条第1項及び第2項関係等）
2. 現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関・保険薬局については、オンライン資格確認導入の原則義務付けの例外とする。（同令第3条第3項関係等）
3. 保険医療機関及び保険薬局（2.の保険医療機関・保険薬局を除く。）は、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合に対応できるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならないこととする。（同令第3条第4項関係等）

4

3. オンライン資格確認導入の義務が猶予される経過措置について

○令和5年1月17日に療養担当規則等の一部を改正する省令が公布され、令和4年度末時点で、やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局は、期限付きの経過措置が設けられています。

やむを得ない事情	期限
(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局（システム整備中）	システム整備が完了する日まで （遅くとも令和5年9月末まで） ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続
(2) オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局（ネットワーク環境事情）	オン資に接続可能な光回線のネットワークが整備されてから6ヶ月後まで ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続
(3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関	訪問診療のオン資（居宅同意取得型）の運用開始（令和6年4月）まで ※ 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施
(4) 改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局	改築工事が完了するまで 臨時施設が終了するまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(5) 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局	廃止・休止まで （遅くとも令和6年秋まで） ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ※ 例外措置又は(1)～(5)の類型と同視できるか個別判断	特に困難な事情が解消されるまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象

※上記のほか、患者から電子資格確認を求められた場合に応じる義務について、訪問診療等・オンライン診療の場合の経過措置（居宅同意取得型の運用開始（令和6年4月）まで）を設ける。

5

3. オンライン資格確認導入の義務が猶予される経過措置について

○令和5年2月21日厚生労働省保険局「オンライン資格確認原則義務化の経過措置について」資料抜粋

- ご自身の医療機関・薬局が経過措置のどの事情に該当するか確認し、それぞれの猶予届出に必要となる事項について確認してください。経過措置対象の保険医療機関・薬局は、あらかじめ、支払基金に原則医療機関等向けポータルサイトで、猶予届出を遅くとも令和5年3月31日までに提出してください。

	やむを得ない事情	必要事項
(1)	令和5年2月末までにシステム事業者と契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局（システム整備中）	<p>令和5年2月末まで</p> <ul style="list-style-type: none"> システム事業者と契約締結をしてください。 <p>令和5年3月31日まで</p> <ul style="list-style-type: none"> システム事業者にシステム整備が完了する見込みを確認し、猶予届出※を提出してください。 猶予届出の添付文書として、契約書や注文書の写しなど事業者と契約したことが確認できる書類をご用意ください。 <p>令和5年9月末まで</p> <ul style="list-style-type: none"> システム整備を完了し、オンライン資格確認の運用を開始してください。 医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録をしてください。（運用開始日とは、自施設を訪れた患者が、個人番号カード（マイナンバーカード）を用いて電子資格確認（オンライン資格確認）ができる環境が整った後の最初の診療日を指します）
(2)	オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局（ネットワーク環境事情）	<p>令和5年3月31日まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 猶予届出※を提出してください。 <p>光回線の敷設</p> <p>オンライン資格確認に接続可能な光回線が整備されてから6か月後まで</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン資格確認の運用を開始してください。 医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録をしてください。（運用開始日とは、自施設を訪れた患者が、個人番号カード（マイナンバーカード）を用いて電子資格確認（オンライン資格確認）ができる環境が整った後の最初の診療日を指します） <p>※光回線の代替として、IP Sec + IKEサービス提供事業者（インターネット接続方式）のご利用をシステムベンダともご相談いただき、ご検討ください。（オンライン資格確認に対応しているインターネット回線については、「オンライン請求及びオンライン資格確認等システム接続可能回線・事業者一覧表」を参照ください）</p>
(3)	訪問診療のみを提供する保険医療機関	<p>令和5年3月31日まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 猶予届出※を提出してください。 <p>令和6年4月1日時まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問診療のオンライン資格確認（居宅同意取得型）の運用を開始してください。 医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録をしてください。（運用開始日とは、自施設を訪れた患者が、個人番号カード（マイナンバーカード）を用いて電子資格確認（オンライン資格確認）ができる環境が整った後の最初の診療日を指します）

6

3. オンライン資格確認導入の義務が猶予される経過措置について

	やむを得ない事情	必要事項
(4)	改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局	<p>令和5年3月31日まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 猶予届出※を提出してください。 <p>改築工事了了/臨時施設終了</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン資格確認の運用を開始してください。 医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録をしてください。（運用開始日とは、自施設を訪れた患者が、個人番号カード（マイナンバーカード）を用いて電子資格確認（オンライン資格確認）ができる環境が整った後の最初の診療日を指します）
(5)	廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局	<p>令和5年3月31日まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和6年秋までの具体的な廃止・休止時期が決まっている施設については、猶予届出※を提出してください。 <p>令和6年秋まで</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン資格確認の運用を開始してください。 医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録をしてください。（運用開始日とは、自施設を訪れた患者が、個人番号カード（マイナンバーカード）を用いて電子資格確認（オンライン資格確認）ができる環境が整った後の最初の診療日を指します）
(6)	その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ・自然災害等により継続的に導入が困難となる場合 ・高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合 （目安として、令和5年4月時点で常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が50件以下である） ・その他例外措置又は(1)～(5)の類型と同視できる特に困難な事情がある場合	<p>令和5年3月31日まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 猶予届出※を提出してください。 猶予届出の添付文書として、困難な事情を確認できる書類がある場合はその書類をご用意ください。 個々の事例について疑義が生じた場合には、医療機関等の所在地を所管する地方厚生（支）局を通じて厚生労働省 保険局 医療介護連携政策課 保険データ企画室に照会してください。 <p>困難な事象の解消</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン資格確認の運用を開始してください。 医療機関等向けポータルサイトから運用開始日の登録をしてください。（運用開始日とは、自施設を訪れた患者が、個人番号カード（マイナンバーカード）を用いて電子資格確認（オンライン資格確認）ができる環境が整った後の最初の診療日を指します）

※猶予届出については、次の資料「オンライン資格確認の導入の猶予届出提出について」をご確認ください。

7

4. オンライン資格確認におけるQ & A

<オンライン資格確認の運用について>

Question

Q. オンライン資格確認等システムへのログイン時に、「前回正常にログアウトされていなかった可能性があります。または、該当のユーザは既に使用されています。強制的にログインしますか?」というポップアップメッセージが表示されますが、どのように対処すればよいでしょうか。

Answer

A. ポップアップメッセージの《OK》をクリックしてログインを実施してください。強制的にログインを行ってもシステムには問題ございません。なお、本ポップアップメッセージは、以下の4つのケースのいずれかに該当した際のログイン時に表示されます。

- ・オンライン資格確認等システムにログインしたまま、右上の「X」ボタンをクリックして画面を閉じた場合
- ・30分ほど未操作のまま強制ログアウトした場合
- ・同一のアカウントで複数のユーザがログインした場合
- ・オンライン資格確認等システムにログインしたまま、資格確認端末の強制終了等でブラウザが閉じてしまった場合

8

4. オンライン資格確認におけるQ & A

Question

Q. 券面に枝番（2桁）の記載の無い健康保険証を患者が持参した場合でも、オンライン資格確認を実施できますか。

Answer

A. レセプトコンピュータ用端末に健康保険証券面の保険者番号、記号、番号及び生年月日を入力・検索することで資格確認を実施することが可能です。

枝番（2桁）については、令和2年10月より保険者にて付番を開始しており、オンライン資格確認等システムに登録されます。オンライン資格確認を行うことで、枝番（2桁）の取得が可能となります。

なお、令和3年4月以降に新規で発行される被保険者証については枝番（2桁）が記載されますが、これまで発行していた保険証の再発行義務はございません。

そのため、オンライン資格確認開始後（令和3年3月）も、枝番（2桁）の記載がない保険証は残り続けますので、ご注意ください。

9

4. オンライン資格確認におけるQ & A

Question

Q. 入力したデータと異なるデータがオンライン資格確認等システムから返ってきたが、取り込んでも大丈夫なのか。

A. 入力データによって、記号・番号に「●」、「/」や「空白」等のデータが返される場合がございますが、そのままの内容でレセプト請求いただいても差し支えございません。そのままの内容を取り込むか否かについては医療機関にてご判断願います。

Q. 資格確認を行いました、「該当資格情報無し」または「無効」と結果が表示され、資格情報が返ってきません。確認したところ有効と考えられるが、なぜ資格情報が返ってこないのか。またこの場合、医療機関等窓口ではどのように対応すればよいか。

A. 下記内容が考えられます。

【該当資格情報無しの場合】

- ・オンライン資格確認等システムの対象外の制度または、医療保険者等が資格情報を登録していない場合
- ・医療機関等職員による記号・番号等の打ち間違いの場合

【無効の場合】

- ・転職等で月末に資格を喪失しているケース
- ※一部レセコンメーカーで「該当資格情報無し」の場合に「無効」と表示するものがあります。

10

3
|
①

参考

- 1 ポータルサイトにて最新情報を確認出来ます。
- 2 オンライン資格確認の現状
- 3 オンライン資格確認の今後（医療扶助のオンライン資格確認）

11

参考 1. ポータルサイトにて最新情報を確認出来ます。

最新の情報をお届けすることができます。また、このポータルサイトで**必要な手続き**を行うことが出来ます。

(※) 書面で申請された方もポータルサイトへの登録が便利です。必要な情報が受け取れるようになります！(二重申し込みになることはありません)



アカウント登録でできること

- ・最新情報をメールでお知らせ
- ・顔認証付きカードリーダー申込
- ・オンライン資格確認利用申請
- ・補助金申請

<https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/>

オンライン資格確認

検索



お問合せ先：医療情報化支援基金

contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp

☎ 0800-080-4583 (通話無料)

平日 8:00~18:00

土曜日 8:00~16:00

※ お電話でのお問合せは、混み合う場合がございます。メールでのお問合せを推奨します。

12

参考 2. オンライン資格確認の現状

○ オンライン資格確認の現状

- ◀ 令和3年10月20日 オンライン資格確認 本格運用開始
オンライン資格確認の本格稼働日
- ◀ 令和4年8月10日 療養担当規則(省令)改定に係る答申
中医協より、「診療/調剤報酬の改定」、「療養担当規則改定」について答申
- ◀ 令和4年10月1日 診療/調剤報酬の改定
- ◀ 令和5年1月17日 療養担当規則等の一部改正(導入の義務が猶予される経過措置)
- ◀ 令和5年4月1日 療養担当規則(省令)施行(オンライン資格確認の原則義務化)

【現状】

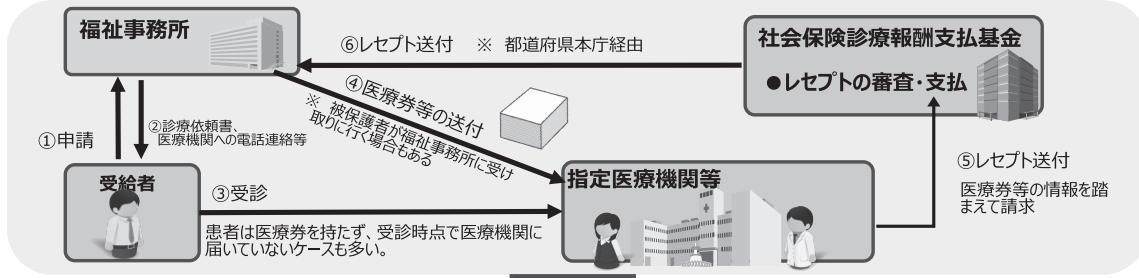
令和5年4月1日より療養担当規則改定によりオンライン資格確認が義務化となっているが、導入の義務が猶予されている医療機関に対してオンライン資格確認の導入を促進していく

13

参考3. オンライン資格確認の今後

医療扶助のオンライン資格確認の導入イメージ

【現行の医療扶助の受診等の流れ（一例）】



【マイナンバーカードによるオンライン資格確認の導入】



3
|
①

参考3. オンライン資格確認の今後

医療扶助のオンライン資格確認に係る全体スケジュール

	令和3年		令和4年			令和5年				令和6年	
	4-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	
マイルストーン											医療扶助のオンライン資格確認の運用開始 医療扶助の初回紐付開始 医療扶助の資格情報・医療券/調剤券情報・薬剤情報・医療費情報の閲覧開始 医療扶助のオンライン資格確認の検証運用開始
厚生労働省	調査研究	要件整理	福祉事務所向け説明会 技術検証書作成	福祉事務所向け説明会 福祉事務所向けポータル 医療機関等向け手引き 医療機関等向け説明会 技術検証書作成 ベンダ向けポータル	周知（パンフレット制作等）						
支払基金/中央会（実施機関）			調達準備	稼働準備支援（システム課題検討、テスト支援、規程/マニュアル準備、運用引継ぎ等）		福祉事務所向けポータル/サービスデスク ベンダ向けポータル/サービスデスク	拡張準備	要件定義	設計、開発、テスト		
デジタル庁				調達（仕様書含む）	マイナポータル改修						
医療機関・薬局/システムベンダ						パッケージ改修	テスト	導入/設定	運用テスト		
福祉事務所/システムベンダ						外部接続テスト（検証場等）	総合運用テスト	福祉事務所向け運用テスト	外部接続テスト（検証場等）	資格情報登録	資格情報等検証
						健康情報の連携に係る対応					

5. オンライン資格確認等端末を利用してレセプトのオンライン請求を開始

オンライン資格確認端末等を用いる場合は、原則、オンライン請求に係る利用者負担額は別途必要ありません。

通常の利用者負担額見込（医療機関・薬局）

項目	金額	備考
1.オンライン請求（送信）用パソコン	約100,000円	オンライン資格確認用端末と共有
2.電子証明書発行料（更新料）	1,500円	オンライン資格確認用と共有
3.ネットワーク回線接続初期費用	約28,000円	Bフレッツの場合（オンライン資格確認用と共有）
初期費用合計	約129,500円	
4.ネットワーク月額利用料	約6,000円	回線事業者、使用する回線等により価格差が生じます。 I S D N、I P - V P N接続、インターネット（I p sec+ I K E）接続（オンライン資格確認用と共有）
合計	約135,500円	

16

5. オンライン資格確認等端末を利用してレセプトのオンライン請求を開始

オンライン資格確認の導入に併せ、レセプトのオンライン請求もお願いいたします。

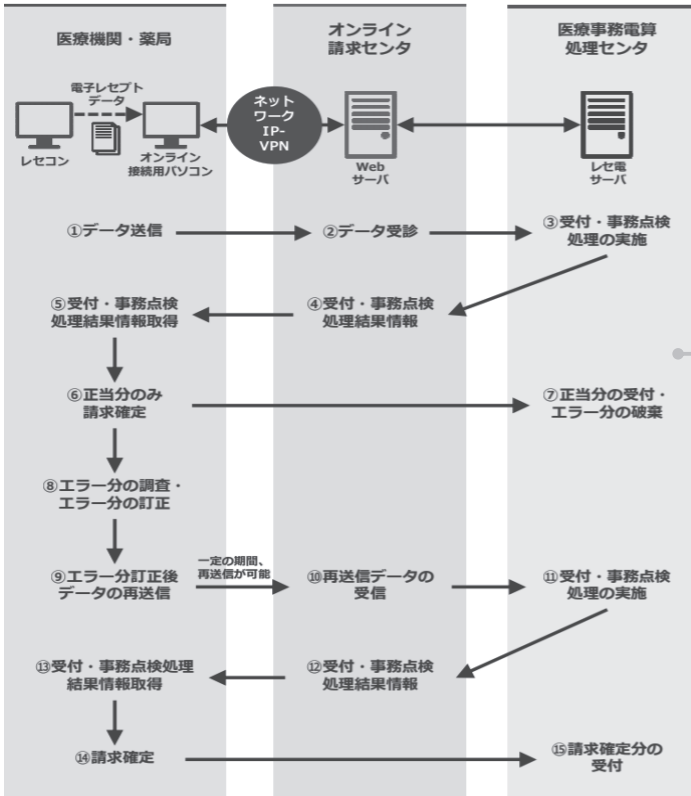
オンライン請求開始の申請はこちらから

オンラインによる申請	紙による申請
<p>医療機関等向けポータルサイト (https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/) トップページ > 「利用申請・補助申請される方」の「7.オンライン請求利用申請」から申請願います。</p> <p>注) 支払基金支部・各都道府県の国保連合会への書面の提出は不要です。</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<p>支払基金ホームページ (https://www.ssk.or.jp/) トップページ > オンライン請求 > 保険医療機関・保険薬局に係るオンライン請求 > 4.オンライン請求の手続きについて 「(3)届出関係」の「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」を支払基金支部に提出ください。 注) 国保連合会への届出も必要です。</p>

【令和5年2月受付分】
 全国の75%を超える保険医療機関がレセプトのオンライン請求を実施しています。

17

6. オンライン請求システム等の概要



○ 医療機関・薬局のレセコンから電子レセプトデータをオンライン請求（送信）用パソコンに取り込み、オンライン請求センタにデータ送信します。

○ 医療事務電算処理センタにおいて、受付・事務点検処理を実施し、医療機関・薬局に処理結果情報を返します。

○ これにより、医療機関・薬局では、エラーを速やかに訂正し、当月のうちに訂正したレセプトを提出することができるようになり、支払基金としても業務処理の効率化が図られます。

○ また、支払基金では、エラーとなったレセプトのうち、資格関係のエラーについて、Web上でレセプトデータを訂正することができる機能を提供しています。

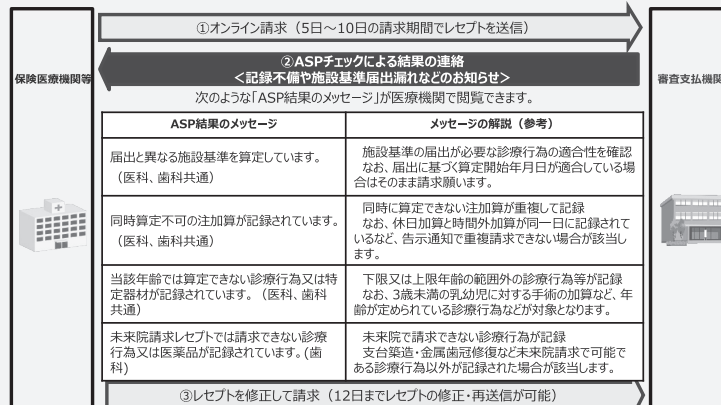
18

3
1

7. オンライン請求システムにおけるASP機能

・ ASP機能[※]により請求時の記録不備などを確認するための返戻が減少し、リアルタイムで修正できるため、当月に請求し直すことが可能です。

※ASP機能（受付・事務点検ASP機能）とは、レセプト請求前に簡易なコンピュータチェックを実施できるため、医療機関、薬局で誤り等を修正して請求することが可能となるサービスです。



・ 毎月休日を含めて、5日から7日は8時から21時まで、8日から10日は8時から24時まで請求が可能であり、搬送費用等の削減にもなります。

※5日～10日に送信し請求確定したレセプトデータのエラー分（「受付不能」および「要確認」）については、修正し、当月12日まで、再度レセプトデータを送信できます。

・ 返戻レセプトについては、CSV形式のデータをレセコンに取り込み、修正して翌月に請求することができます。

19

8. ASPチェック結果の確認方法

▶ 「受付・事務点検ASP結果リスト」にて、**チェック結果を確認することができます。**

項番	レセプト番号 カルテ番号等	診療年月 入院・入院外の別	患者氏名 生年月日	エラー コード	エラー又は確認事項	診療 別	事項名	点数(誤) (正)
1	000,00 5	平成XX年 4 入院	オンライン太郎 昭和40. 1. 1	2162	被保険者証番号が記録されていません。 レセプト内レコード番号【0002】レコード内項目位置【004】			
2	000,00 1-0000 B123-4 56	平成XX年 4 入院外	オンライン二郎 昭和50. 2. 2	4501	請求点数が誤っています。		50	
				3209	未コード化傷病名の傷病名称が記録されていません。	01		
				4301	固定点数が誤っています。	30	処方せん科(7種類以上) 50×1	50 40

印刷レイアウト CSVダウンロード 終了

平成XX年 4月分 受付・事務点検ASP結果リスト 送信年月日 平成XX年 5月10日
社会保険診療報酬支払基金窓口支部

点数表: 医科 都市区番号: XX 医療機関コード: XXXXXXXX 名称: OOOOOOOOOO 診療科: 送信回: 6

令和3年9月から、受付ができない又は返戻となるレセプトは、「エラー又は確認事項」欄の文頭に【受付不能】を印字しています。

20

8. ASPチェック結果の確認方法

▶ 受付・事務点検ASPに係るチェックにおけるエラー内容

- 1 エラーコード1000番台（L1エラー）は、医療機関単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの
- 2 エラーコード2000番台（L2エラー）は、レセプト単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの
- 3 エラーコード4800番台（L48エラー）は、エラーとして連絡しているが、正常分として処理しているため再請求が不要なもの
- 4 エラーコード3000番台（L3エラー）は、レセプト内でエラーが確認され、要確認となったもの（返戻となる要確認レセプト）
- 5 エラーコード4000番台（L4（L48を除く）エラー）は、レセプト内でエラーが確認され、要確認となったもの（査定又は返戻若しくは正当となる要確認レセプト）
- 6 エラーコード7000番台は、レセプト内でエラーが確認され、要確認となったもの（査定又は返戻若しくは正当となる要確認レセプト）

エラーコードの詳細内容は「[受付・事務点検ASPに係るチェック一覧](#)」をご覧ください。

受付・事務点検ASPに係るチェック一覧 掲載場所

● 支払基金ホームページ ▶ トップページ ▶ 診療報酬の請求支払 ▶ オンライン請求 ▶ 保険医療機関・保険薬局に係るオンライン請求 ▶ 7.オンライン請求 ▶ 受付・事務点検ASPに係るチェック一覧（医科）

● オンライン請求画面から ▶ マニュアル ▶ その他 ▶ 受付・事務点検ASPに係るチェック一覧（医科）

21

9. 返戻再請求のオンライン化について

- 保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領の変更

令和4年9月30日付け保連発0930第1号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長「返戻再請求及び再審査申出のオンライン化等について（周知依頼）」において、返戻レセプトの再請求については、紙レセプトのみで返戻されたものを除き、令和5年4月からオンラインによるものとされた。

令和5年1月23日付け保連発0123第1号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知「電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱いについて」において、システム事業者の対応状況を把握した上で「やむを得ない場合の必要な対応」（経過措置）について、個別に審査支払機関に届出を行った上、引き続き、紙媒体による返戻再請求ができることとされた。

10. 返戻再請求のオンライン化に関するQ&A

<返戻再請求のオンライン化に伴う経過措置について>

Question

Q.経過措置届出については、最大、いつまで延長して良いのか。

Answer

A. 令和6年9月末までとされていますが、令和5年10月以降の開始となる場合は、具体的な事情について追って審査支払機関から個別照会することとしています。

Q.所在地変更や開設者変更等で医療機関コードが変更した場合、廃止とした医療機関コード分もオンラインで再請求しなければならないのか。
また、紙媒体で再請求する場合は、経過措置届出を提出しなければならないのか。

A. 電子証明書の有効期間がある場合は、オンラインによる再請求をお願いします。
なお、紙媒体で再請求する場合は、経過措置の届出が必要です。

10. 返戻再請求のオンライン化に関するQ&A

Question

Q.令和5年4月からオンラインによる返戻再請求を実施するが、既にダウンロード可能期間が終了しているレセプトの再請求は紙レセプトでの再請求としてよいか。

Answer

A. 令和5年4月からオンラインによる返戻再請求を実施する医療機関等においては、既にダウンロード期間が終了しているレセプトは紙媒体による再請求が認められます。

Q.令和5年4月請求分から電子カルテを変更しパソコンも変更するため、令和5年2月診療分以前の返戻レセプトについてはオンラインによる再請求ができない。この場合、経過措置の届出は必要か。

A. 特定のレセプトのみ対応できない場合でも経過措置の届出は必要ですので、支払基金ホームページから届出様式をダウンロードの上、必要事項を記載し支払基金本部あて送付願います。
なお、やむを得ない事情については、「その他やむを得ない事情がある」を選択願います。

24

10. 返戻再請求のオンライン化に関するQ&A

Question

Q.生活保護と他の公費負担医療との併用レセプト等、特定のレセプトのみオンラインによる返戻再請求できない場合でも経過措置の届出は必要か。

Answer

A. 特定のレセプトのみ対応できない場合でも経過措置の届出は必要ですので、支払基金ホームページから届出様式をダウンロードの上、必要事項を記載し支払基金本部あて送付願います。
なお、やむを得ない事情については、「その他やむを得ない事情がある」を選択願います。

Q.令和5年4月からオンライン請求を開始する。令和5年3月請求以前分（電子媒体請求分）の返戻再請求を令和5年4月以降に行う場合、オンラインで再請求しなければならないのか。

A. 令和5年3月請求分までの返戻については、紙媒体の返戻レセプト（返戻ファイルがない）しか送付してませんので、紙媒体の再請求が可能です。（経過措置の届出必要なし）
令和5年4月請求分以降（令和5年5月の返戻）については、返戻ファイルのダウンロードが可能ですので、オンラインによる返戻再請求となります。

25

10. 返戻再請求のオンライン化に関するQ&A

Question

Q. 審査返戻において診療情報提供書の写しの添付や検査データの写しの添付を求められることが多く、現状その提出を行うには紙媒体でしかできないため、紙レセプトでの返戻が戻ってくる間は、紙レセプトに求められた添付資料を添付し請求を行いたいが、「やむを得ない事情がある」として届出し、紙レセプトでの再請求でもよろしいか。

Answer

A. この場合、レセプトはオンラインによる再請求、診療情報提供書の写し等は紙等での提出になるので、やむを得ない事情に該当するものではないです。
しかしながら、システム上オンラインによる再請求を行う場合、何らかの訂正がないとオンラインによる再請求はできない等、紙媒体での再請求となってしまう場合は「やむを得ない事情がある」として届出が必要です。

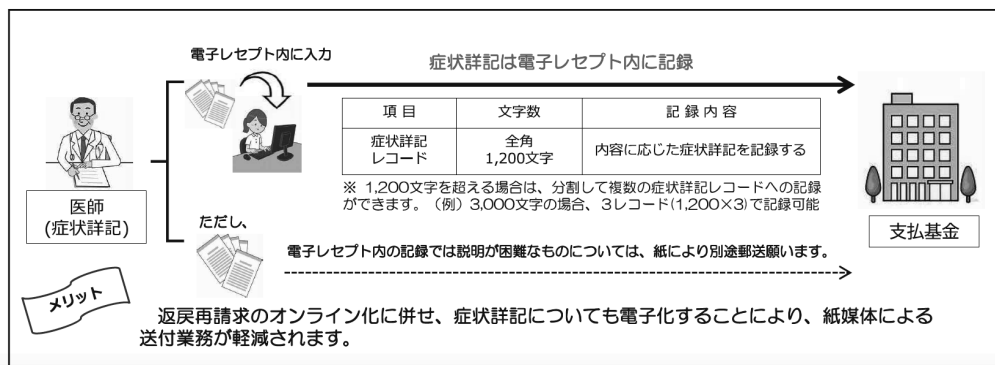
11. オンライン返戻再請求で注意すべき点

○ 重複請求に注意

返戻レセプトについては、オンラインで返戻データを配信しているとともに紙媒体でも返戻レセプトを増減点連絡書等発送時に同封して送付しています。オンラインで返戻データを取得し、レセコンで訂正してオンラインで再請求いただいた返戻レセプトと紙媒体で返戻されたレセプトを訂正し、紙媒体も提出されると重複請求となりますのでご注意ください。

○ 症状詳記についても電子レセプト内に記録

令和5年1月23日付け保連発0123第1号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知において症状詳記も電子レセプト内で記録することが明確化されました。



3. 診療報酬請求書の留意点について

② 国民健康保険関係

令和5年度 医療保険事務講習会

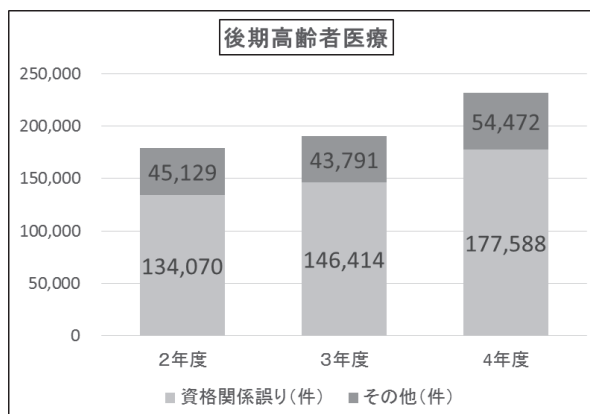
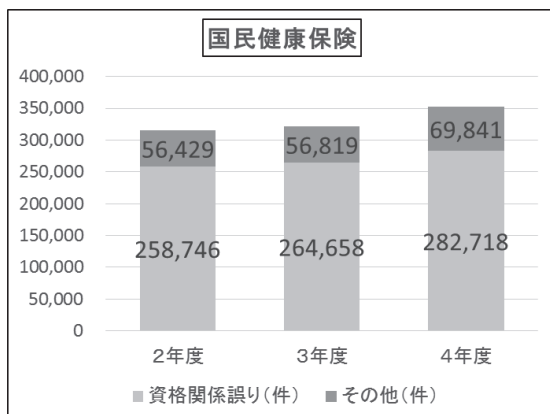
診療報酬請求書等の提出上の留意点について ＜国民健康保険関係＞

東京都国民健康保険団体連合会

被保険者証や医療受給者証の記載誤りや記載漏れに注意！ －令和4年度の過誤件数について－

令和4年度の過誤返戻の件数は、国民健康保険（退職者医療含む）については**352,559件**、後期高齢者医療については**232,060件**合計**584,619件**となっております。

資格関係誤りは、診療報酬から過誤調整（減額）されるだけでなく、患者様への確認など、請求事務を煩雑化させる要因となりますので、**被保険者証や医療受給者証は必ずご確認いただき、記載誤りや記載漏れのないようお願いいたします。**



- ・国民健康保険には、退職者医療を含む
- ・資格関係誤りとは、記号番号誤り、給付割合相違、資格喪失等

※ 国保連合会では、被保険者に関する資格情報は保有していないため、資格に関するお問い合わせは、各市区町村及び広域連合又は国保組合へお願いいたします。

【お問い合わせ先】
審査第2部 進行調整課 過誤調整係 03-6238-0330

特別療養費(被保険者資格証明書のレセプト)の請求方法について —請求記載例—

総括請求書

国保 (医科) **特別療養費**

令和 年 月 分 診療報酬総括請求書

都道府県番号 13 医療機関コード

〒

保険医療機関所在地
名称(電話)
開設者氏名

総括請求書の上部余白に、「特別療養費」と朱書してください。

◆被保険者資格証明書を提示した患者様のレセプトについて、療養の給付等の請求との区別を行うことから、**総括請求書を別作成し、紙レセプトで提出**をお願いします。

◆総括請求書とレセプトの上部余白に「特別療養費」と朱書してください。

◆一般のレセプトに混入しないよう**総括請求書、及び請求書は別綴じ**にし、総括請求書及び請求書の件数、点数等の合計には含めないでください。

※オンライン請求(電子媒体での請求を含む)の保険医療機関においても、記載方法及び提出方法は同様となります。
紙レセプトで提出をお願いします。

令和元年10月28日公布健康保険法施行規則等の一部を改正する省令で記号番号から「資一」の記載を削除する改正が行われているので、**レセプト記載時にご注意**ください。

レセプト

診療報酬明細書 (医科入院時) **特別療養費**

令和 年 月 日 13

1世帯3世帯 1草薬 2本外 8期
2公費4世帯 22外 4六外
33外 6外 0外外

公費負担者氏名 公費負担 療養費負担 被保険者氏名 被保険者 被保険者資格証明書の記号番号・番号

レセプトの上部余白に、「特別療養費」と朱書してください。

被保険者資格証明書の記号番号・枝番を記載してください。

【お問い合わせ先】

審査第2部 事務審査第1課、第2課、第3課 03-6238-0011 (大代表)
(電話交換手に「〇〇区、市(貴保険医療機関所在地)を担当している課」と指示してください。)

電子媒体で請求されている保険医療機関の再請求について

国保 (医科)

令和 年 月 分 診療報酬総括請求書

都道府県番号 13 医療機関コード

〒

保険医療機関所在地
名称(電話)
開設者氏名

電子媒体用総括請求書

指導整備委員会印 連合会受付印 審査委員会印

国	区分	療養の給付			食事・生活療養	
		件数	点数	公費負担件数	件数	金額
保	国保					
	都内分					
	都外分					
分	国保					
	都内分					
	都外分					
後期高齢者	国保					
	都内分					
	都外分					
電子媒体		FD	MO	CD-R	枚数	
紙媒体					枚数	

再請求する際は、「紙媒体」を○(マル)で囲んでください

※請求書に記入しない項目は、電子媒体(FD、MO、CD-R)の場合は、枚数枚数の記入をお願いします。
※10月以内に電子媒体と紙媒体(再請求分等)をご請求の場合は、媒体ごとに総括請求書の提出が必要となります。

◆紙レセプトを再請求する際は、電子媒体用総括請求書を別作成してください。

◆電子媒体用総括請求書は、国保連合会のホームページからダウンロードをお願いします。
<https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>
掲載場所 HOME>各種ダウンロード集>2. 保険医療機関等・柔整施術所の皆様>電子媒体による請求

【お問い合わせ先】

審査第2部 事務審査第1課、第2課、第3課
03-6238-0011 (大代表)
(電話交換手に「〇〇区、市(貴保険医療機関所在地)を担当している課」と指示してください。)

電子媒体での請求について

<請求媒体切替えのお願い>

フロッピーディスク(以下「FD」という。)は、平成23年3月に国内販売が終了しております。
FDにて電子レセプト請求を行っている保険医療機関におかれましては、オンライン請求又はCD-Rへの請求切替えにご協力いただきますようお願いいたします。

<電子媒体の内容確認のお願い>

電子媒体の受付にあたり、以下の事例による不備が発生し、毎月相当量の電子媒体を保険医療機関の方に再作成いただいている状況となっております。
つきましては、電子媒体をご提出いただく際は、内容について再度のご確認をお願いいたします。

不備事例

- レセプトデータが格納(保存)されていない。
- レセプトデータが媒体の直下ではなく、フォルダ内に格納(保存)されている。
- レセプトデータが被用者保険分(社会保険診療報酬支払基金東京支部に提出すべきデータ)である。
- 保険医療機関情報の「請求年月」が電子媒体の提出月となっていない(「提出月」ではなく、「診療年月」を記録している)。
- ラベルの一部に記載不備がある(診療年月が記載されていない等)。
→点数表の区別がつかない又は誤記載の媒体が担当部署以外に届いてしまい、正常に確認できない事案も発生していますので、必要情報の正確な記載をお願いいたします。
- ファイル名が記録条件仕様と異なる(1文字でも異なると不備になる)。
- 媒体不良(ファイルが壊れている等)

【お問い合わせ先】

審査第2部 事務審査第1課、第2課、第3課 03-6238-0011 (大代表)
(電話交換手に「〇〇区、市(貴保険医療機関所在地)を担当している課」と指示してください。)

<オンラインによる請求への移行のお願い>

電子媒体で請求をされている保険医療機関におかれましては、利便性の高いオンライン請求をお勧めしております。

- **毎月5日から7日は8時から21時まで、8日から10日は8時から24時まで**受付ができます。
- 送信時に簡易チェックでエラー内容が確認でき、修正することができます。
- 本会からの返戻レセプト、増減点連絡書、返戻内訳書をオンラインで受け取ることができます。
- 返戻レセプトデータを修正してオンラインで再請求することができます。
- 前月までに請求したレセプトの取下げ依頼をオンラインで提出することができます。

オンライン請求では、送信後に請求内容等に誤りが発覚した場合でも、**10日まで再送信**することができ、大変便利です。(再送信される場合は本会にご連絡願います。)

なお、**受付不能(L2000番台のエラー)及びASP点検の結果「エラー分を除く」で送信した場合は、エラーデータのみを修正して12日まで再送信**が可能です。

「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」はホームページからダウンロードできます。

<https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>

掲載場所 : HOME > 保険医療機関等・柔整施術所の皆様 > オンライン請求

【お問い合わせ先】

《オンライン請求の届出に関すること》 システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456(直通)
《上記以外の問い合わせ先》 審査第2部 事務審査第1課、第2課、第3課 03-6238-0011 (大代表)
(電話交換手に「〇〇区、市(貴保険医療機関所在地)を担当している課」と指示してください。)

電子レセプトに記録可能な紙添付資料の電子化について

電子レセプトに記録できる症状詳記等の情報は以下のとおりです。

- (1) 症状詳記(患者の臨床症状、診療行為の必要性等)
- (2) 治験概要
- (3) 疾患別リハビリテーションに係る治療継続の理由等
- (4) 廃用症候群に係る評価表 別紙様式22

これら電子レセプトに記録できる情報を未だ紙媒体で提出されている保険医療機関につきましては電子化へ移行願います。

また、その他に紙媒体の資料として、「検査データ」「画像プリント」等が多く見受けられます。これらにつきましては、その詳細を症状詳記として記録することで提出は不要となります。

なお、審査の都合上、資料等が必要になった場合は、本会から改めて提出依頼の連絡をいたしますので、ご協力をお願いいたします。

【お問い合わせ先】

≪症状詳記等に関すること≫ 審査第1部 審査課 医科係 03-6238-0259
≪記録条件仕様に関すること≫ システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

電子レセプト請求に係る入力誤り等にご注意願います

特に以下の点についてご注意いただき、入力誤り等のないよう請求願います。

- (1) 診療行為・医薬品・特定保険医療材料に係る算定日情報については、入力誤りがないようご注意願います。
- (2) 記載要領及び記録条件仕様上、摘要欄にコメントコード等の入力が必要な診療行為等については入力漏れのないようご注意願います。
- (3) 診療行為に係る加算の入力については、加算と関連する診療行為と同一点数内になるよう入力願います。
- (4) DPCレセプトで総括レセプトが存在する場合の症状詳記については、該当するレセプトにそれぞれ入力願います。

「特記事項」欄について

電子レセプト請求の「特記事項」欄については、記録条件仕様によりコードを入力することになっております。

特に以下の事項については入力漏れが多く見受けられますのでご注意願います。

※詳しくは記載要領及び記録条件仕様を参照願います。

- 特記07 : 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合
特記08 : 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合
特記09 : 特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合
特記10 : 患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為(交通事故等)によって生じたと認められる場合
特記11 : 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第2号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合
特記12 : 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合

【お問い合わせ先】

審査第1部 審査共助管理課 03-6238-0279

記載要領及び電子レセプトに係る記録条件仕様について

■診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等が以下のとおりとなっておりますのでご注意願います【一部抜粋】

(20) 「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

ア 通則

各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからシまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は次のとおりであること。ただし、(ウ)に掲げる別表Ⅲについては、令和4年10月診療分以降、診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院からの電子レセプト請求による場合に限るものとする。

- (ア) 別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)」
- (イ) 別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(薬価基準)」
- (ウ) 別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(検査値)」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅲまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ（令和4年4月1日適用の旨が表示されたコードに限る。）、別表Ⅱ及び別表Ⅲのコードについては、令和4年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅳ「診療行為名称等の略号一覧(医科)」に示す略号を使用して差し支えないこと。

【お問い合わせ先】

≪症状詳記等に関すること≫ 審査第1部 審査課 医科係 03-6238-0259
 ≪記録条件仕様に関すること≫ システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

診療報酬明細書の「摘要」欄の記載事項等について(別表Ⅰ)

■診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)【別表Ⅰ 一部抜粋】

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。) 2断層撮影法(心臓超音波検査を除く。) □ その他の場合 (1) 胸腹部	検査を行った領域を記載すること。	820100681	超音波検査(断層撮影法) (胸腹部):ア 消化器領域
			820100682	超音波検査(断層撮影法) (胸腹部):イ 腎・泌尿器領域
			820100683	超音波検査(断層撮影法) (胸腹部):ウ 女性生殖器領域
			820100684	超音波検査(断層撮影法) (胸腹部):エ 血管領域(大動脈・大静脈等)
			820100685	超音波検査(断層撮影法) (胸腹部):オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等
			820100686	超音波検査(断層撮影法) (胸腹部):カ その他
			(カに該当する場合) 具体的な臓器又は領域を記載すること。	830100144

【お問い合わせ先】

≪症状詳記等に関すること≫ 審査第1部 審査課 医科係 03-6238-0259
 ≪記録条件仕様に関すること≫ システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

診療(調剤)報酬等の「支払日」及び「決定通知書の発送日」について

様式C
診療(調剤)報酬等決定通知書
医療保険者番号
東京都近代医療保険医療協会

令和 年 月請求分(月請求分)

区分	件数	点数	決定額	過誤調整額	確定額
一般	140	2,100,000	18,000,000	-20,000	18,000,000
一般高額	50	2,000,000	8,000,000	-8,000	4,992,000
退職	4	40,000	300,000		300,000
退職高額	4	40,000	110,000		110,000
公費	50	2,000,000	800,000	-10,000	890,000
前期高齢者	110	1,800,000	14,000,000	-80,000	13,920,000
後期高齢者高額	40	1,400,000	2,000,000	-8,000	1,992,000
公費(後期)	40	1,400,000	400,000		400,000
合計			37,400,000	-88,000	37,312,000

振込総額 37,312,000

※この通知書は、療養者名簿に所載していただくために発行されます。
 ※国保医療費(後期高齢者高額)区分(「後期高齢者」の区分は、別紙にて送付する過誤調整結果通知書及び公費負担医療費調剤報酬決定通知書で)を記して下さい。国保医療費(後期高齢者)区分と、国保医療費(後期高齢者)区分との重複は認められません。
 ※国保医療費(後期高齢者)区分(後期高齢者高額)区分(後期高齢者高額)区分の重複は認められません。
 ※国保医療費(後期高齢者)区分(後期高齢者高額)区分(後期高齢者高額)区分の重複は認められません。
 ※国保医療費(後期高齢者)区分(後期高齢者高額)区分(後期高齢者高額)区分の重複は認められません。
 ※国保医療費(後期高齢者)区分(後期高齢者高額)区分(後期高齢者高額)区分の重複は認められません。

◆支払日は原則20日となります。
 なお、支払日が土・日・祝日にあたる場合は、翌営業日となります。

◆決定通知書の発送日は・・・
 支払日の3営業日前に発送しており、灰色の窓空き封筒に封入してあります。
 また、前年の1年間の合計分(1月診療分から12月診療分まで)は、2月中旬に発送いたします。
 なお、申告等でご利用していただくため、紛失しないようお願いいたします。

◆詳しい日程については、本会ホームページをご参照ください。
<https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>
 掲載場所 HOME > 保険医療機関等・柔整施術所の皆様 > 令和5年度の支払日について

【お問い合わせ先】
 企画事業部 支払担当課 支払担当係
 03-6238-0327

「診療(調剤)報酬等決定通知書」について

様式C
診療(調剤)報酬等決定通知書
医療保険者番号
東京都近代医療保険医療協会

令和 年 月請求分(月請求分)

区分	件数	点数	決定額	過誤調整額	確定額
一般	140	2,100,000	18,000,000	-20,000	18,000,000
一般高額	50	2,000,000	8,000,000	-8,000	4,992,000
退職	4	40,000	300,000		300,000
退職高額	4	40,000	110,000		110,000
公費	50	2,000,000	800,000	-10,000	890,000
前期高齢者	110	1,800,000	14,000,000	-80,000	13,920,000
後期高齢者高額	40	1,400,000	2,000,000	-8,000	1,992,000
公費(後期)	40	1,400,000	400,000		400,000
合計			37,400,000	-88,000	37,312,000

振込総額 37,312,000

① 請求年月と「診療月」
 請求年月ごとの通知となります。月遅れ分も併せてご請求いただいた場合はその分も含まれています。
 ② 「件数、点数」
 当該請求年月の審査結果の件数と点数ですが、過誤調整によって増減が生じた場合はその分も含まれます。
 ③ 「決定額」
 ご請求いただいたレセプトを審査した結果の金額です。
 ④ 「過誤調整額」
 過去にご請求・お支払済みのレセプトについて、返戻や増減が発生した場合に生じます。これに伴い、件数と点数も増減されています。
 この過誤調整の結果通知書については、当該決定通知書が届いた翌月の初めに発送しています。
 ⑤ 「一般高額」「退職高額」「後期高齢者高額」
 被保険者の所得に応じて、自己負担限度額を控除して支給される金額です。「件数」と「点数」は再掲です。
 ⑥ 「公費」「公費(後期)」
 国や東京都等の公費分です。「件数」と「点数」は再掲です。
 ⑦ 「振込総額」
 国保分及び後期分の合算額で振り込まれます。通帳記帳等をされましたら、当該決定通知書の振込総額と照らし合わせてご確認ください。
 なお、振込総額が空欄の場合、本会へ返還していただく金額が発生しておりますので、翌月以降のお支払額から調整させていただきます。
 【留意事項】
 国保分と後期分の請求がある場合、上段に国保分が表記されます。
 ※後期分だけの請求の場合は、上段に後期分が表記されます。
 国保分と後期分において、いずれかにマイナスが生じた場合には、2枚(国保分・後期分)で作成されます。
 なお、2枚作成された場合は、別々の封筒でお送りいたします。

【お問い合わせ先】
 企画事業部 支払担当課 支払担当係 03-6238-0327

「再審査・取下げ依頼」について

「再審査・取下げ依頼」は、以下の事例が対象です。

- ・一次審査の結果に対する再審査依頼
- ・突合審査及び再審査の結果に対する再審査依頼
- ・貴院の請求誤り等での取下げ依頼

「再審査・取下げ依頼」は、以下のどちらかの方法で依頼願います。

※オンライン請求を行っている保険医療機関等は、オンライン請求システムを利用した依頼にご協力をお願いします。

◆オンライン請求による依頼

- ・前月までに請求・決定されたレセプト
(当月請求したレセプトについては、従来どおり紙の依頼書でご提出ください)
- ・申し出可能期間: **毎月5日～月末まで**(オンライン請求システム利用可能期間内)
※再審査・取下げ依頼の操作手順については、オンライン請求システム内に掲載している以下のマニュアルをご参照ください。
- ・操作手順: 操作手順書<医療機関・薬局用>医療機関再審査等請求ファイル作成ツール

◆紙媒体による依頼

「再審査・取下げ依頼書」は、対象となるレセプト1件ごとに作成し、国保連合会に提出してください。
なお、再請求のレセプトには再審査・取下げ依頼書を添付する必要はありません。
※依頼書はホームページからダウンロード【「再審査・取下げ依頼書」(Word73KB)参照】できます。
※記載要領はホームページをご参照ください。
<https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>
HOME>保険医療機関等・柔整施術所の皆様>診療(調剤)報酬明細書等再審査・取下げ依頼関係はこちら>

【お問い合わせ先】

- ◀オンライン請求に関すること> システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456(直通)
- ◀再審査依頼に関すること> 審査第1部 審査共助管理課 03-6238-0277(直通)
- ◀取下げ依頼に関すること> 審査第2部 進行調整課 過誤調整係 03-6238-0330(直通)

オンライン請求システムによるレセプト返戻について

◆対象機関: オンライン請求を実施している保険医療機関

◆対象データ: 一次審査分…返戻レセプト、返戻内訳書、増減点連絡書
二次審査分…返戻レセプトのみ
※紙レセプトで請求した分は対象外となります。

◆ダウンロード可能期間: 毎月5日～月末まで(オンライン請求システム利用可能期間内)

- ・返戻レセプトは過去3ヶ月までであれば何度でもダウンロードが可能です。
- ・返戻内訳書、増減点連絡書については過去12ヶ月分までであれば何度でもダウンロードが可能です。
- ・オンライン請求システムによるレセプトと併せて、従来どおり紙レセプトによる返戻もいたしますが、再請求時は**オンラインによる再請求**をお願いいたします。
- ・返戻された紙レセプトを原本として訂正し再請求する場合は、オンラインによる再請求と紙レセプトによる再請求で**重複請求にならないよう十分ご注意ください。**

※返戻レセプト・返戻内訳書・増減点連絡書のダウンロード手順および帳票ファイルの仕様については、オンライン請求システム内に掲載している以下のマニュアルをご参照ください。

◆ダウンロード手順: 操作手順書 運用編<医療機関・薬局用>
帳票ファイル仕様: 別添 印刷対象帳票・CSV作成対象ファイル<医療機関(医科・DPC)用>

【お問い合わせ先】

システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

オンライン請求システムによる振込額データダウンロードについて

◆対象機関：オンライン請求を実施している保険医療機関

◆オンライン請求システムからダウンロード可能な帳票データ（PDF形式）

- ・増減点返戻通知書
- ・過誤再審査結果通知書
- ・過誤調整結果通知書
- ・公費負担医療過誤調整結果通知書
- ・診療（調剤）報酬等決定通知書
- ・診療（調剤）報酬等決定内訳書

※「振込額データダウンロード」からZIPファイルにて一括ダウンロード

◆ダウンロード可能期間：毎月15日～月末まで（オンライン請求システム利用可能期間内）

- ①振込額データは、過去3ヶ月分までであれば何度でもダウンロードが可能になります。
- ②従来どおり紙による送付もいたします。

※振込額データのダウンロード手順については、オンライン請求システム内に掲載している以下のマニュアルをご参照ください。

◆ダウンロード手順：操作手順書 運用編＜保険医療機関・薬局用＞

【お問い合わせ先】

システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

