

令和7年度

医療保険事務講習会

[第1回] 令和7年6月25日(水)

会場：たましんRISURUホール

[第2回] 令和7年6月27日(金)

会場：有楽町よみうりホール

主催

公益社団法人東京都医師会・東京都保健医療局

次 第

挨 拶

1. 保険診療「今さら聞けない『医療 DX』とは」

[6/25・6/27] 清水 孔嗣(東京都保健医療局 保健政策部医事専門課長)

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. ⑧医療費助成制度

[6/25・6/27]

濱澤 友江(東京都福祉局 生活福祉部医療助成課課長代理(医療給付担当))

②. ⑧以外の医療費助成制度

[6/25] 小川 マキ(東京都福祉局 生活福祉部医療助成課課長代理(医療助成担当))

[6/27] 佐浦 美加(東京都福祉局 生活福祉部医療助成課課長代理(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

[6/25・6/27]

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係係長)

②. 国民健康保険関係

[6/25・6/27]

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「今さら聞けない『医療 DX』とは」	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 ⑧医療費助成制度	23
② ⑧以外の医療費助成制度	33

3. 診療報酬請求書等の留意点について

① 社会保険関係	139
② 国民健康保険関係	157

<参考>

ベースアップ評価料～計画・報告提出 Q&A について～	175
-----------------------------	-----

■講演映像、資料の掲載について

講演映像（6 月 27 日収録分）や配布資料は、後日、本会ホームページ(<https://www.tokyo.med.or.jp/35222>)に掲載する予定です。右の QR コードからもアクセス可能ですので、ご活用ください。



1. 保険診療「今さら聞けない『医療 DX』とは」

保険診療

「今更聞けない『医療DX』とは」

2025年6月

東京都

保健医療局 保健政策部

福祉局 指導監査部（兼務）

医事専門課長 清水 孔嗣

1

本日の内容

- 1 保険医療制度について
- 2 医療DXの急速な社会実装
- 3 サイバーセキュリティ
と安全管理ガイドライン

2

[1] 保険医療制度について

3

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」

4 4

わが国の「保険医療制度」の特徴

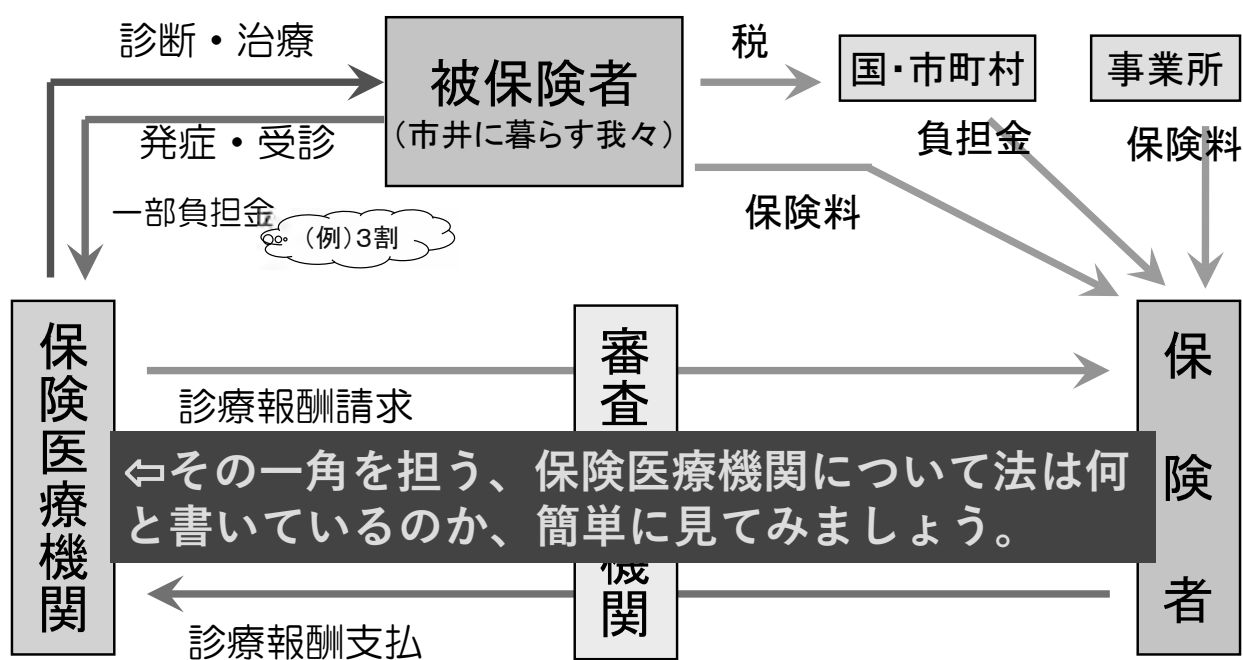
国民皆保険制度 … すべての国民（住民）が、何らかの公的医療保険に加入している。

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。

5 5

「保険」としての療養の給付の流れ



6

保険医療機関



●保険医療機関の指定

（健康保険法第65条）

- ・ 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。

●保険医療機関の責務と費用の額

（健康保険法第70条）

- ・ 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76条2項）
- ・ 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。

※「保険医療機関及び保険医養担当規則」

*厚労省告示「診療報酬の算定方法」 別表一、二、三

通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 7

保険医



●保険医の登録

（健康保険法第64条）

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。

●保険医の責務

（健康保険法第72条）

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。

※「保険医療機関及び保険医療養担当規則」

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」

9

「保険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）

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
- 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 ⇒あらかじめ必要な体制を整備
- 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

11

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）

- 診療の一般的方針 ⇒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
- 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

12

〔 2 〕 「医療DX」の急速な社会実装

13

デジタルではないけど 「トランスフォーメーション」の例

米・ニューヨーク 五番街

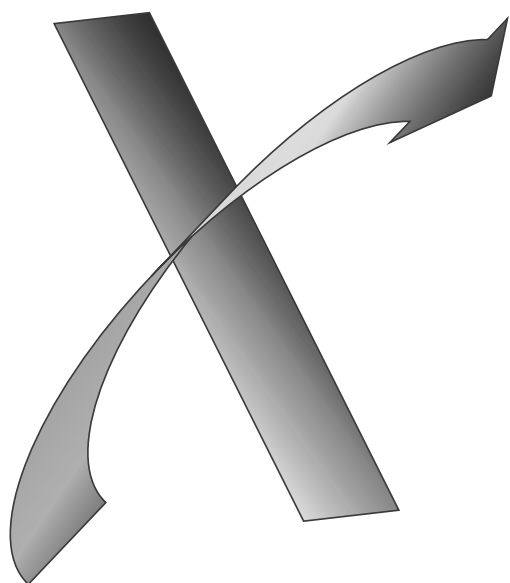


20世紀初頭のニューヨーク5番街の写真 1900→1913

馬車から自動車へという外見的变化のみならず、T型フォードの生産様式が人々の生活意識に与えた影響に留意

**ハードウェアテクノロジー（ここでは内燃機関）の「コモデティ化（日用品化）」が、生活意識と社会の変容をもたらした。
20世紀を規定→「石油の世紀」「消費社会化」**

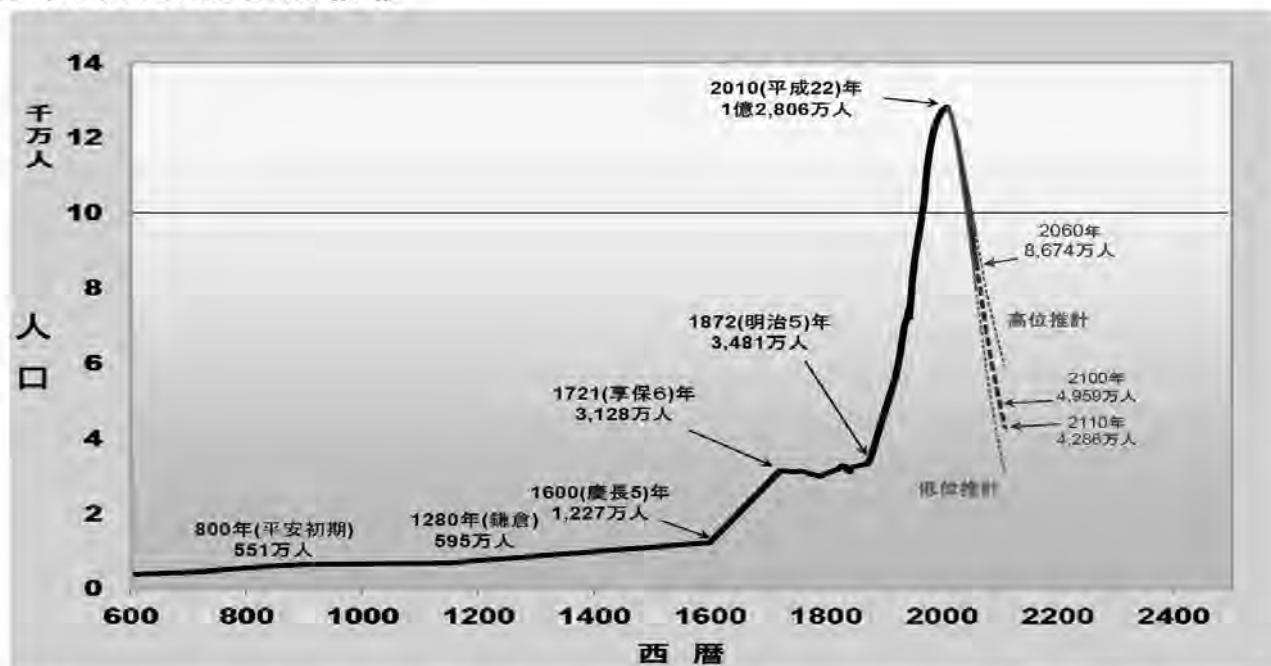
DX



Digital
デジタル
による
Transformation
形態の転換

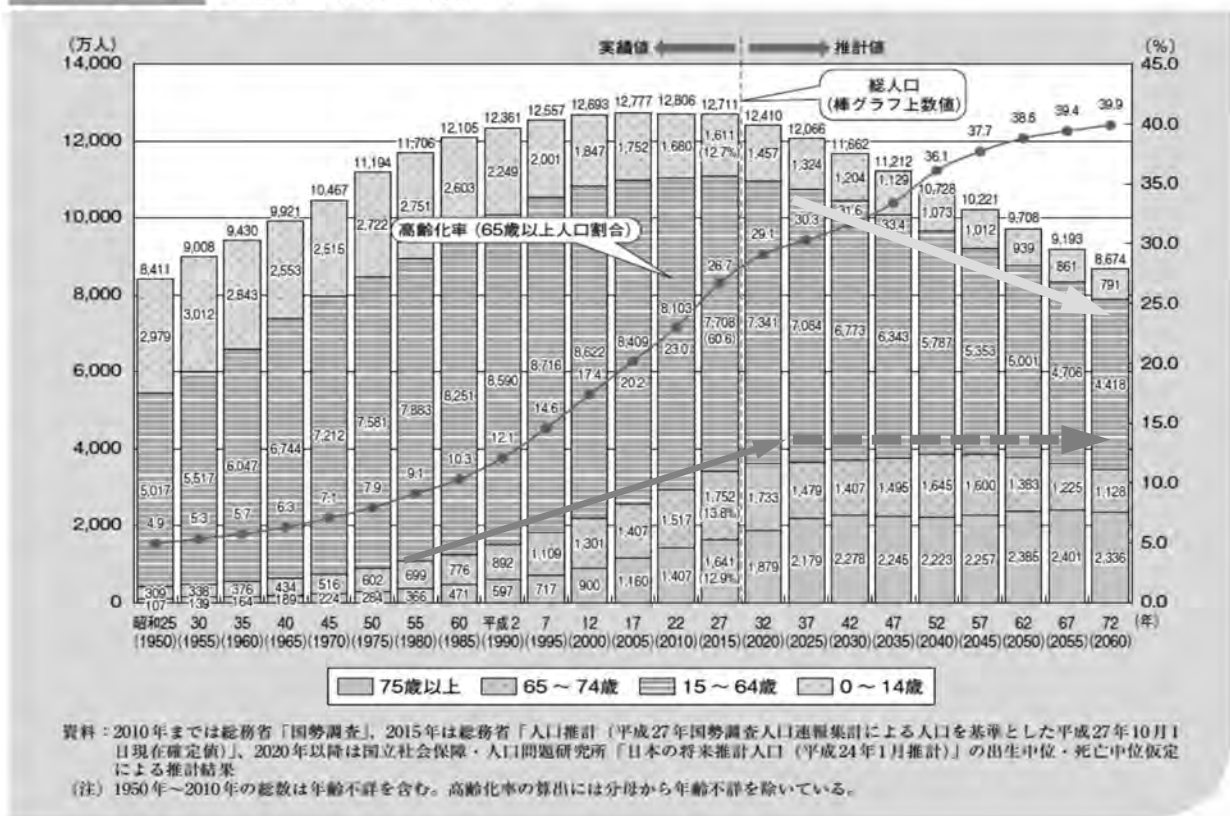
※単なるデジタル化（Digitalize）
にとどまらない
生活・社会のかたちの転換

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])

図1-1-4 高齢化の推移と将来推計



背景となる問題意識

日本社会の人口動態の構造的変化
 ○急速な高齢者の増加 ○多死社会

局面の変化

○少子社会 → ○急速な現役減少社会

深刻な担い手不足の到来
 医療提供体制をそれに対応させる必要

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」
全世代型社会保障構築会議 2023年12月22日閣議決定

1

「加速化プラン」の実施について検討する取組（～2028）

◆ 医療DXによる効率化・質の向上

- 保健・医療・介護の情報を共有可能な「**全国医療情報プラットフォーム**」を構築するとともに、**標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ（標準型電子カルテ）の整備を行う**。カルテ情報を医療機関間で**電子的に共有**することにより、**医療機関の事務負担が軽減**されるとともに、過去の治療や薬剤情報等が切れ目無く共有されることで、日常の診療から、救急医療・災害医療においても、より質が高く安全な医療を効率的に提供することが可能となる。また、医療機関や薬局間で、薬剤情報をリアルタイムで共有できる**電子処方箋**について、**医療DX各分野との有機的連携の下で、更なる普及拡大や利活用**に関する取組を着実に進める。
- **診療報酬改定DX**の推進に向け、医療機関・薬局等や**ベンダの集中的な業務負荷を平準化**するため、2024年度の診療報酬改定より、施行時期を従来の4月から**6月**に後ろ倒しする。さらに、**2026年度には、共通算定モジュールを本格的に提供**する。その上で、**共通算定モジュール等を実装した標準型レセコン**の提供により、**医療機関等のシステムを抜本的に改革し、効率的で質の高い医療の実現を図る**。
- **社会保険診療報酬支払基金**について、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・**運用主体の母体とし、抜本的に改組**する。

19

医療DXの推進に関する工程表（概要）

資料2-1

第2回医療DX推進本部
（令和6年6月2日）資料2

基本的な考え方

- 医療DXに関する施策の業務を担う主体を定め、その施策を推進することにより、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の5点の実現を目指していく
- サイバーセキュリティを確保しつつ、医療DXを実現し、保健・医療・介護の情報を有効に活用していくことにより、より良質な医療やケアを受けることを可能にし、国民一人一人が安心して、健康で豊かな生活を送れるようになる

マイナンバーカードの健康保険証の一体化の加速等

- 2024年秋に健康保険証を廃止する
- 2023年度中に生活保護（医療扶助）でのオンライン資格確認の導入

全国医療情報プラットフォームの構築

- オンライン資格確認等システムを拡充し、**全国医療情報プラットフォームを構築**
- 2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大
- 併せて、**介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応**
- 2024年度中に、自治体の実施事業に係る手続きの際に必要な診断書等について、電子による提出を実現
- 民間PHR事業者団体やアカデミアと連携したライフログデータの標準化や流通基盤の構築等を通じ、ユースケースの創出支援
- 全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用について、そのデータ提供の方針、信頼性確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上あり得る課題等の論点について整理し検討するため、2023年度中に検討体制を構築

1

- 2023年度に透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報について、2024年度に蘇生処置等の関連情報や歯科・看護等の領域における関連情報について、共有を目指し標準規格化。2024年度中に、特に救急時に有用な情報等の拡充を進めるとともに、救急時に医療機関において患者の必要な医療情報が速やかに閲覧できる仕組みを整備。薬局との情報共有のため、必要な標準規格への対応等を検討
- 標準型電子カルテについて、2023年度に必要な要件定義等に関する調査研究を行い、2024年度中に開発に着手。電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策の検討
- 遅くとも2030年には、概ねすべての医療機関において、必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す

診療報酬改定DX

- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討

医療DXの実施主体

- 社会保険診療報酬支払基金を、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組
- 具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点から踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる

ところで クラウド(雲)って何？

クラウド バイ デフォルト原則

2018年6月 総務省「政府情報システムにおけるクラウドサービスの利用に係る基本方針」（「旧方針」）

- ・ オンプレミスからクラウドへの移行を促すもの



クラウドへの移行そのものが目的化されてしまい、必ずしもクラウドサービスの利用メリットを十分に享受できていないといった反省



2022年12月「政府情報システムにおけるクラウドサービスの適切な利用に係る基本方針」

- ・ 政府情報システムが単にクラウドに移行するだけでなく、クラウドの利用メリットを十分に得られるようにするための考え方を示す

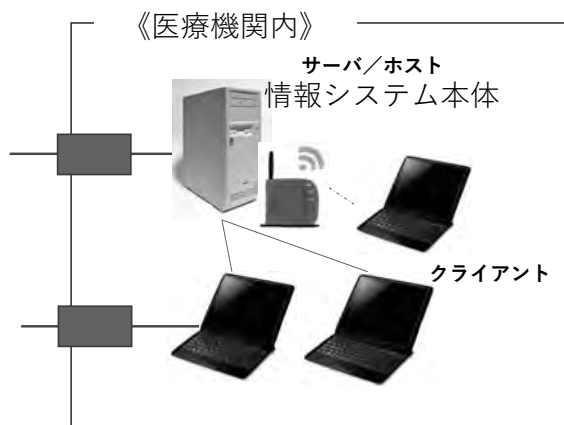
オンプレミスからクラウド化へ

(電子カルテを事例とすると)

on premise

構内で、敷地内で

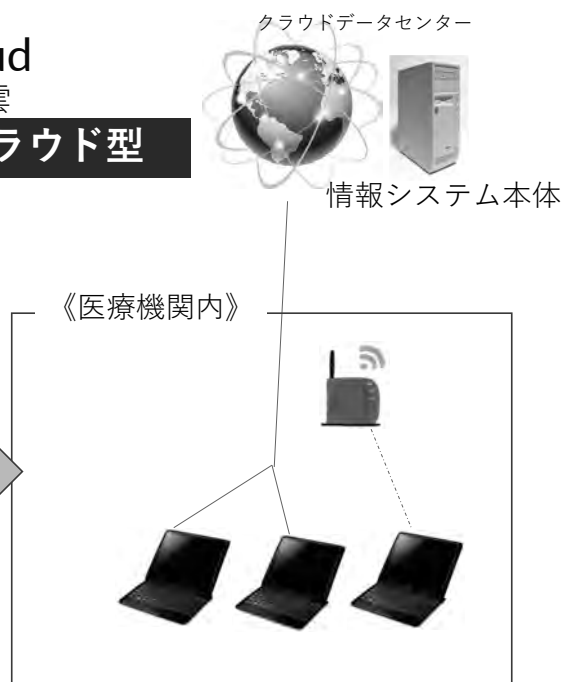
オンプレミス型



Cloud

雲

クラウド型



診療報酬改定DX対応方針

令和5年4月6日
厚生労働大臣決定

診療報酬改定DXの射程と効果

○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等〔※〕における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

〔※〕 病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○ 最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

標準様式のアプリ化とデータ連携

- 各種帳票※1の標準様式をアプリ等で提供
※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒し〔※〕し、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

〔※〕 令和6年度から6月1日

23

共通算定モジュールの構成要素と標準化・共通化（DX）

中医協 総-4
5、4、26

- 共通算定モジュールは4つの要素（①共通算定マスタ、②計算ロジック、③データの標準化、④提供基盤（クラウド原則））で構成。

共通算定モジュールの開発範囲については、調査研究事業を踏まえつつ、関係者と協議のうえ検討



※マスタ…プログラムがデータ処理をする際に参照する基本ファイル。マスタについてはベンダ各社の創意工夫による競争の要素があることに留意。
ロジック…プログラムがデータ処理をする際の手順・内容

11

（参考）レセプトの請求状況

2022年春の状況

- 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。

6

[3]サイバーセキュリティと 「医療情報システムの安全管理ガイドライン」

27

「医療DX」時代の要請

◎医療法施行規則の一部改正（2023年4月1日施行）

第十四条 （略）

2 病院、診療所又は助産所の管理者は、医療の提供に著しい支障を及ぼすおそれがないように、サイバーセキュリティを確保するために必要な措置を講じなければならない。

- ◆医療機関等は、ネットワーク外部からの攻撃リスクに対処が必要だよ → コモンセンスとしての共通理解だった
→ 明文化・義務化
- ◆「閉じたネットワーク（閉域網）」の中は安全だよな
→ その安全性は担保されなくなった
→ いわゆる「閉域網神話」の終焉

28

ネットワーク経由での攻撃事例

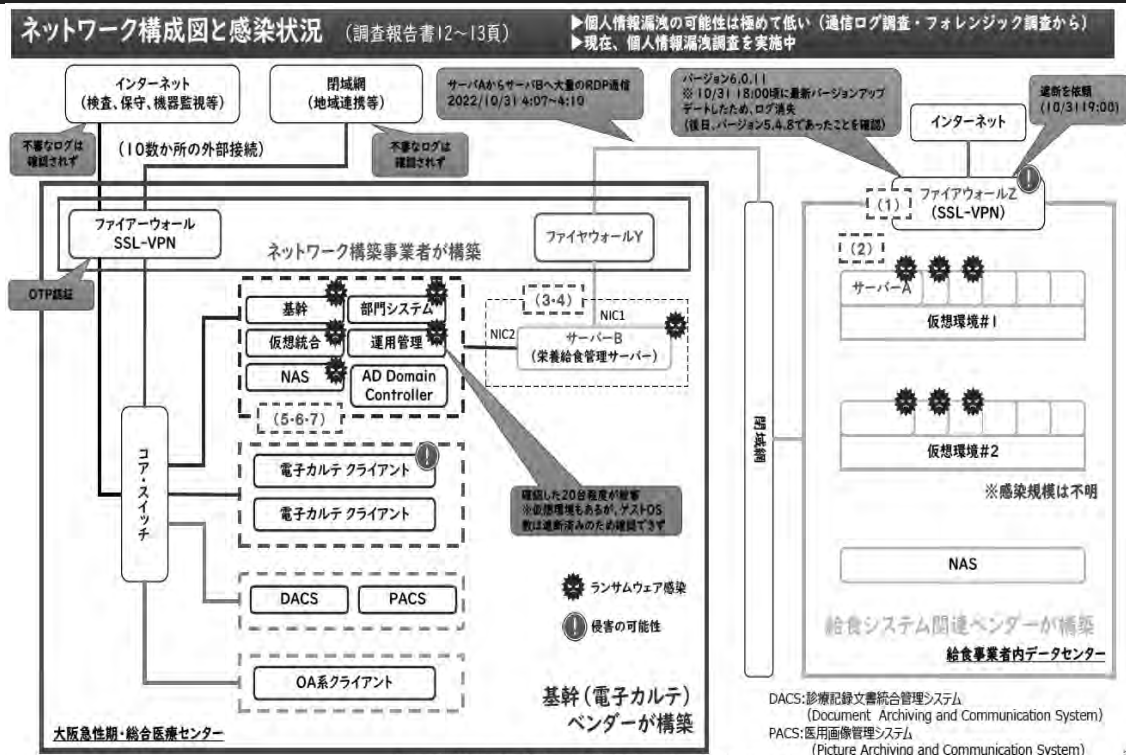
ランサムウェア（身代金プログラム）による攻撃

- 2021年10月末 徳島県つるぎ町立半田病院
- 2022年10月末 大阪急性期総合医療センター
⇒両者とも復旧に約2か月以上

- 電子カルテデータを暗号化して身代金を要求
- 両者ともFortiNet社「VPN接続装置」の脆弱性を利用してネットワークに侵入
- 大阪の例は、給食委託業者からの閉域網を経由して侵入（サプライチェーンからの侵入例）

29

ネットワーク経由での攻撃事例(大阪急性期C)



「医療情報システムガイドライン」6.0版

●2023年5月30日付で、5.2版から6.0版へVer.UP

- 概説編、経営管理編、企画管理編、システム運用編に
4分冊化（院としてのシステム管理体制の必要性）
- 外部委託、外部サービスに関するシステム類型別の責
任分界の考え方等を整理 →次スライド
- 情報セキュリティに関するゼロトラストの考え方、サ
イバー攻撃を含む非常時に対する具体的な対応（デー
タバックアップの重要性） →次スライド
- 新技術、制度・規格の変更への対応

31

医療情報システムガイドライン6.0で 強調されること

●事業者ごとの責任分界の把握と明確化

- ネットワークの接続機器など多数の受託者等が関与する
ため責任の境界があいまいな部分が発生しやすい。
- だれが責任をもって技術管理するのか明確にしておく。
- 基幹システム以外の接続ポイントも把握する

●ゼロトラスト思考

- 閉域網内は安全という考え方を廃し、侵入に備える。
- 閉域網に対しても挙動監視、PWの誤回数でロックアウト

32

※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（システム運用編）（令和5年5月）【2.4MB】

[ダウンロード](#)

別添、特集、Q&A

別添

- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（令和5年5月）用語集【1.5MB】 [ダウンロード](#)
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（令和5年5月）第5.2版→第6.0版項目移行対応表【1.4MB】 [ダウンロード](#)
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（令和5年5月）各機関相関表【1.8MB】 [ダウンロード](#)
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（令和5年5月）ガイドライン改定の経緯に関する年表【996KB】 [ダウンロード](#)

特集

- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版（令和5年5月）【特集】医療機関等におけるサイバーセキュリティ【1.1MB】 [ダウンロード](#)
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版（令和5年5月）【特集】小規模医療機関等向けガイダンス【1.1MB】 [ダウンロード](#)

特集「小規模医療機関等向けガイダンス」を参照

- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版 Q&A（令和5年5月）【2.4MB】 [ダウンロード](#)

参照資料等

- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版 参照資料一覧【556KB】 [ダウンロード](#)
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版 ガイドライン改定及び円滑運法会等の経緯【996KB】 [ダウンロード](#)

医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト

医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策について、ガイドラインを基に、適切な対応を促すための

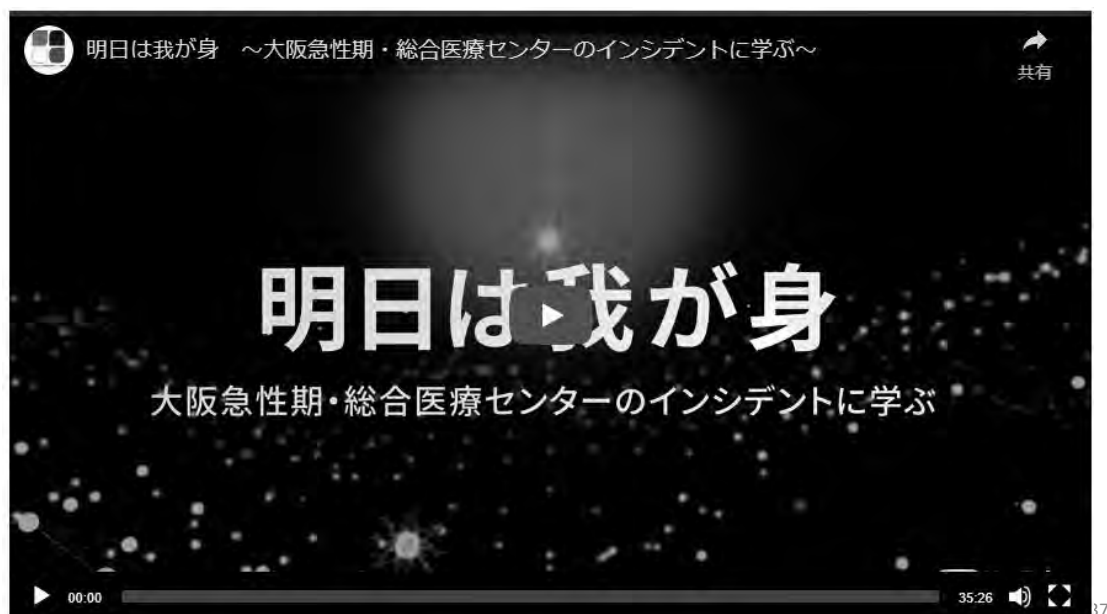
システム等専門的な部分はある程度任せざるを得ない

●システム関係をベンダー（電子情報機器等納入者）に丸投げせず、医療機関（管理者・担当者）とベンダーがしっかり協同・協力する姿勢

●厚労省システムガイドラインや、医療DXの動向について、ベンダーの担当者が熟知しているか、オンライン回線（VPN）の安全性やデータバックアップについても、しっかり相談（適切な振り分け、適切な提案）できるか

●システム導入・ネットワーク化に際して、信頼できるベンダーを選ぶことは重要

<https://mhlw-training.saj.or.jp/contents/>



ところが！

地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター（255床）

2024年5月 ランサムウェア攻撃 → 電子カルテ 3 か月停止

- ❑保守用VPN装置の脆弱性放置
- ❑保守用VPN装置のIPアドレス制限なし
- ❑推測可能なアドミニID/PWの共通設定 → administrator/P@ssw0rd
- ❑アドミニ権限を一般ユーザに開放 → 対策ソフトの停止、水平展開
- ❑アカウントロックアウトが未設定
- ❑オフラインバックアップ取得不可 （→破壊を逃れたDWHから復元）

（2025年2月報告書）

本件事案は、徳島県つるぎ町立半田病院、大阪急性期・総合医療センターの報告書の指摘事項とまったく同じ脆弱性が招いたランサムウェア被害であり、厚労省ガイドラインの遵守で十分に防げた事案であった。脆弱性の放置や推測可能なパスワードの使いまわしなどは、サイバー攻撃が進化する中で「閉域網神話」による思考停止が招いた「人災」ともいうべきものである。改めて、医療情報システムベンダー、医療機器ベンダーと病院関係者による、外部接続点のリスクの再評価、基本的なセキュリティ設定の見直しを切に要望するものである。

できることは、始めよう。

39

本日のまとめ

- コンプライアンスは患者も護るし、自身も護る
- 現役減少社会に対応する必要
- 医療DXの社会実装が求められている
- 医療機関としてサイバーセキュリティ対策が必須

•40

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「公費負担医療費の請求・支払について」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お願いします。

4

【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「公費負担医療費の請求・支払について」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。

- ※ 限度額に達したあとも、管理票には記載が必要
(医療費総額のみ記載・押印し、その他の欄は斜線を引く。)

6

【2】受給者証等適用にあたっての注意事項

(5) 有効期間の開始日が月の途中からとなる受給者証の取扱い

ア 外来の場合

- ・有効期間の開始日以降が助成対象

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負担割合を乗じて求めた額が助成対象

※特殊医療(人工透析を必要とする腎不全)の留意点

～特定疾病療養受療証(いわゆるマル長)の適用後の助成額の考え方～

<外来>認定日以降の実負担額を支給

(有効期間内のマル長の自己負担残額のみ助成)

<入院>1万円を限度に認定日以降の点数から換算して支給

医療券等の例と注意事項(まとめ)

The image displays three forms related to medical vouchers, with arrows pointing to specific fields for confirmation:

- 特定医療費(指定難病)受給者証**:
 - ① 助成対象の病名が確認 (Disease name for subsidy confirmation)
 - ③ 保険適用の治療が確認 (Insurance-covered treatment confirmation)
- 都医療券** (Left):
 - ② 有効期間内か確認 (Valid period confirmation)
 - ④ 自己負担額を確認 (Self-payment amount confirmation)
- 都医療券** (Right):
 - ④ 自己負担額を確認 (Self-payment amount confirmation)

Examples of specific conditions mentioned in the forms:

- 東京都知事 見本 【54難病法】
- 東京都知事 見本 【93マル都単独難病】
- 東京都知事 見本 【マル都51(スモン、血友病等)】

【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。)

9

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。

10

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

11

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。

12

【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。領収書のみでは受け付けていません。ご協力よろしくお願いします。

13

※現金給付の対象

- ①受給者証等に記載された有効期間の開始日から
受給者証等が交付されるまでの間に支払った医療費
- ②東京都と契約していない医療機関等で支払った医療費
- ③ 医療保険の変更等により月額自己負担限度額が減額
された受給者証等の交付を受けていたものが、減額後の
受給者証等の交付を受けるまでの間に、旧受給者証等により
患者一部負担金として支払った医療費

【還付請求に係る提出書類】

- ①・②⇒医療費支給申請書に医療機関の証明を受けて申請
- ③ ⇒申請書に管理票のコピーと領収書の原本を添付
(医療機関の証明は不要)

14

※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

15

【4】公費負担医療費の優先適用

- (1) 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
- (2) 二つ以上の公費負担の医療券等が
提示された場合

【複数公費の場合】

国制度(法律) > ①都 > ②障・③親・④乳・⑤子・⑥青

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. ②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)

東京都福祉局
生活福祉部医療助成課

障 親 乳 子 青 医療費助成制度

- 障 心身障害者医療費助成制度(マル障)
- 親 ひとり親家庭等医療費助成制度(マル親)
- 乳 乳幼児医療費助成制度(マル乳)
- 子 義務教育就学児医療費助成制度(マル子)
- 青 高校生等医療費助成制度(マル青)

■〈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

- ・生活保護受給者
- ・重度障害者になった年齢が65歳以上の方
- ・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方 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。

▼
**窓口で必ず、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）

（クリーム色）

負担者番号		80136***	80137***
一部負担金	負担割合	1割負担	一部負担なし
	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）

(桃 色)

有効期間を確認

負担者 番号	81136***	81137***
負担 割合	1割負担	
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

➤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）

7

（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	
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 6 年 10 月 1 日から 令和 7 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

(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*** 89134***	89135*** 89137***
診療種別		
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

11

医療証 (義務教育就学児・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。

通院 自己負担ありの受給者証

有効期間を確認

(淡い緑)

(淡い緑)

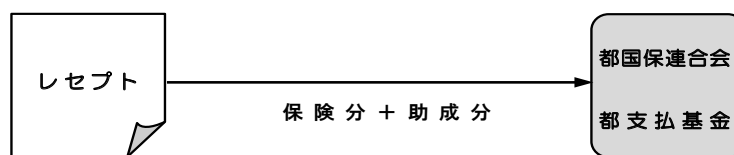
■ 医療証は1年交代で、「淡い緑」⇔「淡いオレンジ」を使用

負担者番号の変更について

- 都は令和7年10月から子供の医療費助成(マル乳・マル子・マル青)の所得制限を撤廃します。
- そのため、令和7年10月から負担者番号が変更になる方が生じます。
- 変更前の負担者番号での請求は返戻となりますので、医療機関窓口で医療証を確認する際は、有効期間と負担者番号の表記について、より一層ご注意ください。

		変更前（～令和7年9月）		変更後（令和7年10月～）	
		自己負担あり (通院1回200円)	自己負担なし	自己負担あり (通院1回200円)	自己負担なし
特別区	マル乳		88132***		<u>変更なし</u>
	マル子		88135***		<u>変更なし</u>
	マル青		89135***		<u>変更なし</u>
市町村	マル乳		88138*** 88132***		<u>88138***</u>
		88131*** 88134***	88137*** 88135***	<u>88131***</u>	<u>88137***</u>
	マル子	89131*** 89134***	89137*** 89135***	<u>89131***</u>	<u>89137***</u>
	マル青				

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	

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

【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。

【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。

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
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	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)

【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。

【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。

<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

■ 東京都福祉局トップ

⇒ 分野別のご案内 ⇒ 『 生活の福祉 』 ⇒ 『 医療助成 』

■ 検索サイト

東京都 医療助成 で検索

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/index.html>

17

1 3 障 心身障害者医療費助成制度			
法 別 番 号	8 0	区 分	心身障害者（児）医療（障）
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関 （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））		
疾 病 等 の 範 囲	全疾病		
対 象 者	以下のいずれにも該当する方 (1) 身体障害者手帳 1 級・2 級（内部障害については 3 級まで）、愛の手帳 1 度・2 度又は精神障害者保健福祉手帳 1 級を持っている方 (2) 一定所得額以下の方 (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方 ただし、生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者、一部の施設入所者、重度障害者になった年齢が満 65 歳以上の方、満 65 歳以上で新規に申請する方、後期高齢者医療の被保険者（住民税非課税者を除く。）を除く。		
申 請 の 手 続	本人の住所地（都内区市町村から介護給付費が支給されている施設入所者は介護給付費の給付元。都又は児童相談所設置市から障害児入所給付費が支給されている施設入所児は保護者住所地）の区市町村の担当課に申請する。		
認 定 期 間	原則として、申請日の属する月の初日からその日以降の直近の 8 月 31 日まで。 更新の場合は 9 月 1 日から翌年の 8 月 31 日まで。ただし、精神障害者は、当該期間中に精神障害者保健福祉手帳の有効期限が到来する場合は、当該手帳の有効期限満了の日まで。		
公費負担額	医療保険の自己負担額から高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に準じた一部負担金（1 割負担、月額上限入院 57,600 円（多数回該当 44,400 円）、外来 18,000 円（年間上限 144,000 円））を控除した額を助成する。ただし、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（住民税非課税者は、医療保険の自己負担額から入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を控除した額を助成する。）。 → 認定された方は、 (1) 下記(2)以外の方は、高確法に準じた一部負担金及び入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。 (2) 住民税非課税者は、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	心身障害者の医療費の助成に関する条例		
問 合 せ 先	[申請窓口] 各区市町村心身障害者医療担当課 [施策関係] 福祉局生活福祉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】

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）「㊦」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

4. 医療機関での取扱い

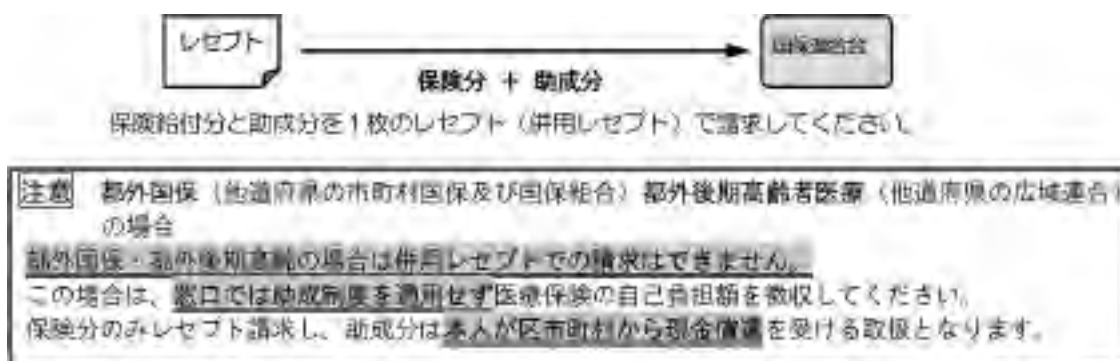
(1) 受給資格の確認及び請求

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. 参照）を徴収のうえ、助成額を審査支払機関に請求する。

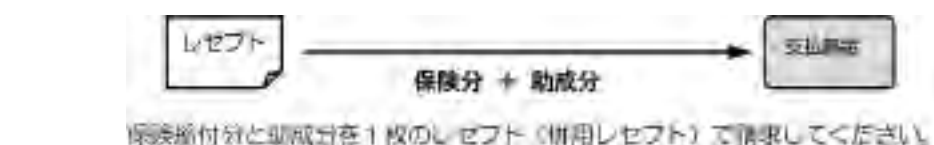
(2) 対象者が都内国民健康保険または都内後期高齢者（㊦の表示のある受給者証のみ）の被保険者の場合（都外国保、都外後期高齢の場合は、下記注意のとおり）

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。



(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。



- (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

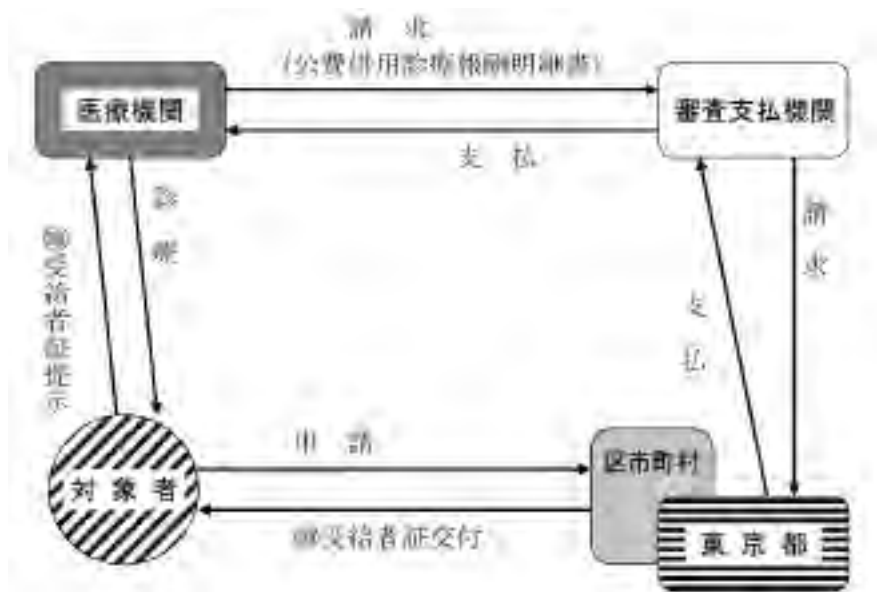
（入院等で、窓口において限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示され、高額療養費を現物給付する場合）

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.287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。

- (7) ㊦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) 「㊦、㊧」の表示のある受給者証（負担者番号 80136・・・）」（前年度の住民税が課税世帯）

外来は、1割負担とし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（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・・・）（前年度の住民税が非課税世帯）

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。

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。）

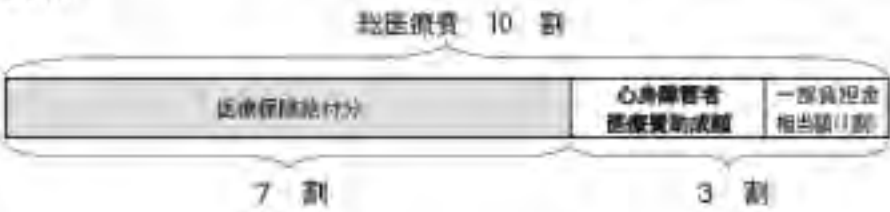


例2 住民税非課税者（高齢受給者証所持者及び後期高齢者医療の被保険者を除く。）

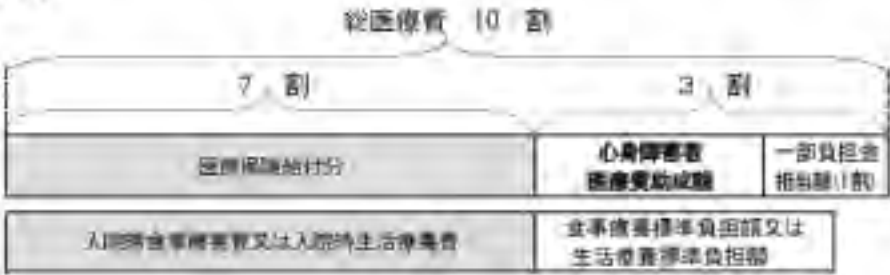


例3 高齢受給者証(現役並み所得者)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税課税者

【入院外】

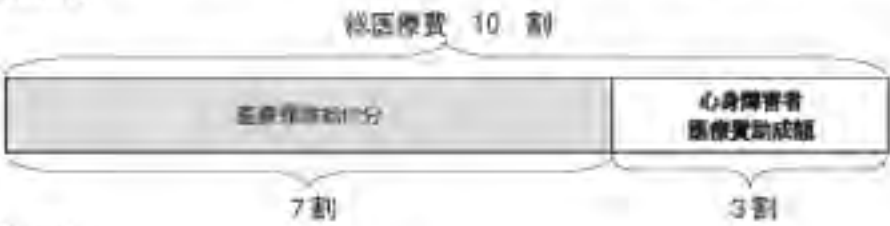


【入院】

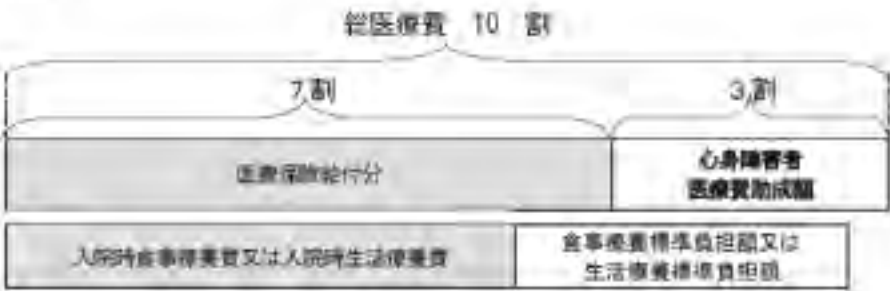


例4 高齢受給者証(現役並み所得者)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税非課税者

【入院外】

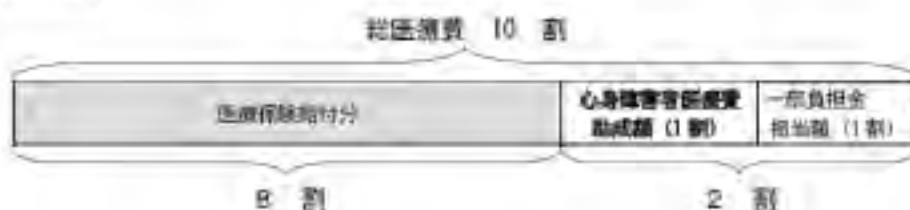


【入院】

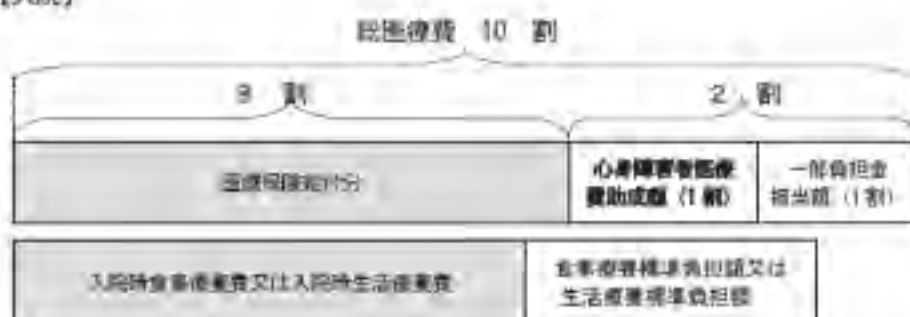


例5 高齢受給者証（現役並み所得者除く）所持者（70歳以上75歳未満）の住民税課税者

【入院外】

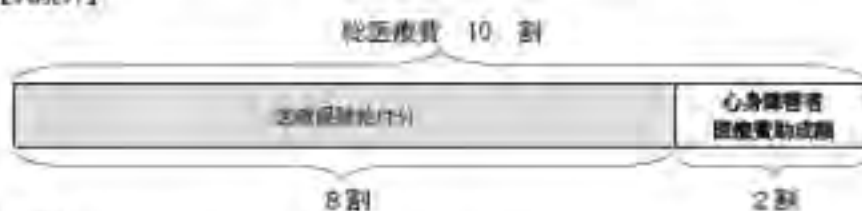


【入院】

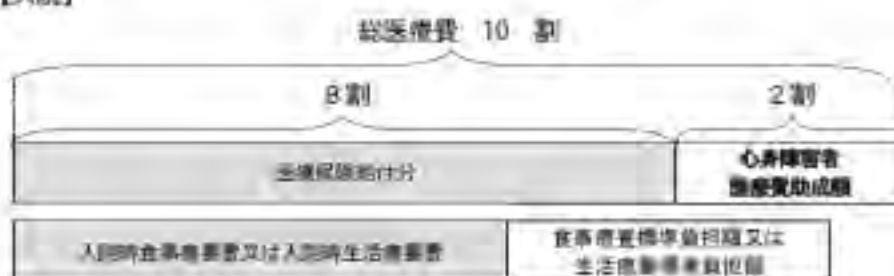


例6 高齢受給者証（現役並み所得除く）所持者（70歳以上75歳未満）の住民税非課税者

【入院外】

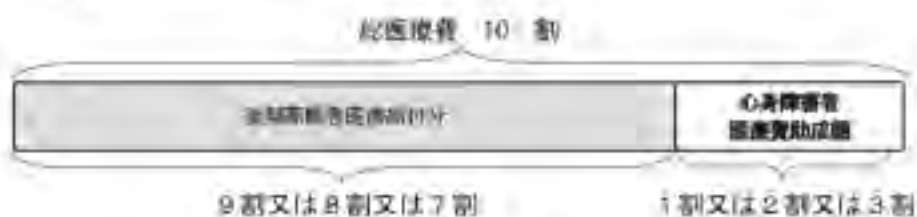


【入院】

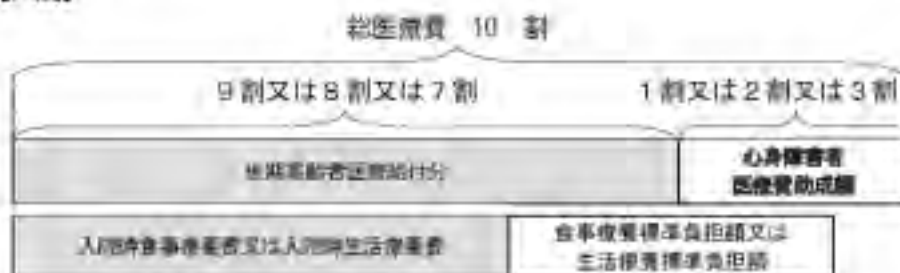


例7 後期高齢者医療の被保険者（住民税非課税者）

【入院外】

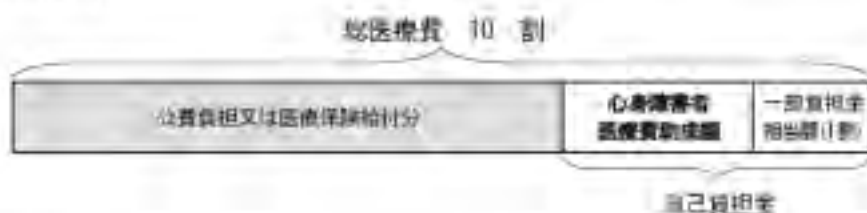


【入院】

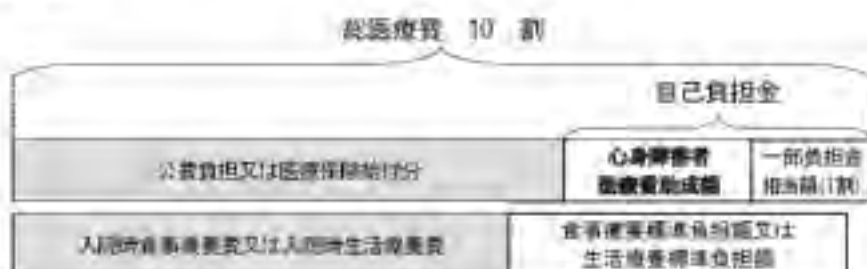


例 8 自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税課税者

【入院外】

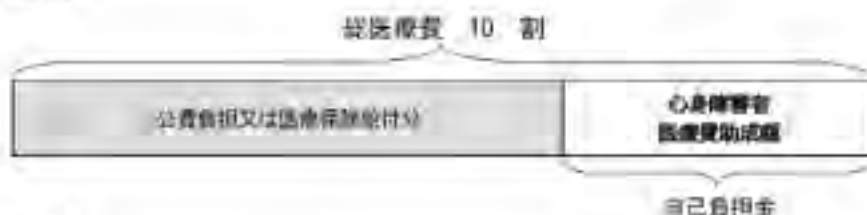


【入院】

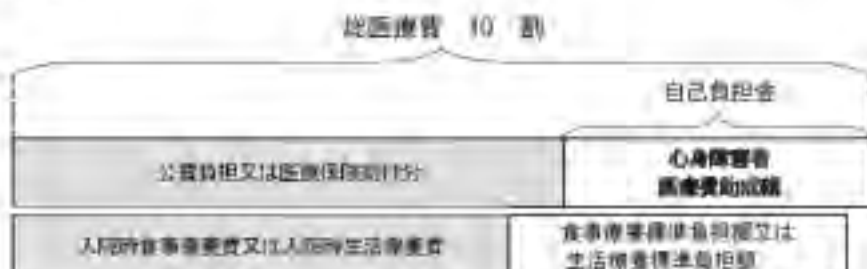


例 9 自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税非課税者

【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。

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）＞ 都 ＞ ㊦「80」、㊧「81」、㊨・㊩「88」、㊪「89」

※ ㊦・㊧・㊨・㊩・㊪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 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 助成担当 ☎5320-4571

1 4	⑧ひとり親家庭等医療費助成制度		
法 別 番 号	8 1	区 分	ひとり親家庭等医療（⑧）
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関 （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））		
疾 病 等 の 範 囲	全疾病		
対 象 者	以下のいずれにも該当する方 1 次のいずれかに該当する方 (1) ひとり親家庭の父又は母及び児童 (2) 養育者及び養育者が養育するひとり親家庭等の定義に掲げる児童 （児童とは、満 18 歳に達した年度の末日（障害のある場合は 20 歳未満）までの方をいう。） 2 一定所得額以下の方 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方。ただし、生活保護を受けている方、施設等に措置により入所している方等を除く。		
申 請 の 手 続	対象者の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認 定 期 間	申請のあった日から、その日以降の直近の 12 月 31 日まで。更新の場合は 1 月 1 日から 12 月 31 日まで。ただし、18 歳児については終期が 3 月 31 日（児童に障害がある場合には 20 歳の誕生日の前日）となる。		
公費負担額	医療保険の自己負担額から高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に準じた一部負担金（1 割負担、月額上限入院 57,600 円（多数回該当 44,400 円）、外来 18,000 円（年間上限 144,000 円））を控除した額を助成する。ただし、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（住民税非課税世帯は、医療保険の自己負担額から入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を控除した額を助成する。）。 → 認定された方は、 (1) 下記(2)以外の方は、高確法に準じた一部負担金及び入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。 (2) 住民税非課税世帯は、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定するひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例等		
問 合 せ 先	[認定・給付関係] 各区市町村ひとり親家庭等医療担当課 [施策関係・制度運用] 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当 (5320)4282		

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)「**親**」と書いて「マルオヤ」と略称する。

2. 認定期間

親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「**親**医療証」の交付を受ける。

様式は**食**表示証（一般世帯）と**食**表示証（住民税非課税世帯）の2種類である。

親医療証は世帯証であり、個人証の**障**心身障害者医療費助成制度、**乳**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**親**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。

The image displays eight sample forms of the '親' (Parent) Medical Certificate, arranged in two rows of four. The forms are titled '親医療証' and contain various fields for personal information, household details, and medical status. The bottom row includes a '備考' (Remarks) section with detailed instructions and a '後期高齢適用者' (Late Elderly Eligible) section.

4. 公費負担

(1) 現物給付

対象者は、健康保険証と④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、患者負担分（④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関東審査事務センター（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④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

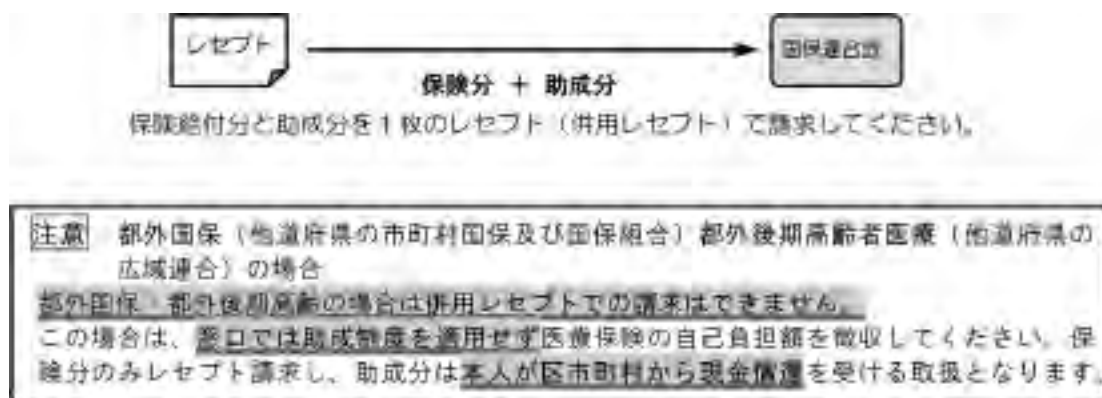
(1) 受給資格の確認

医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」（電子資格確認を受ける場合は「受給者証」）の提示を受け、受給資格を確認する。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⑤の注のとおり)

医療機関は、保険分、④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。

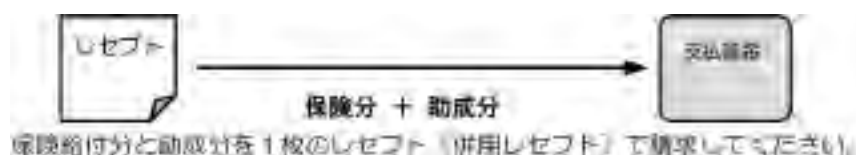
※ 月の途中で資格の取得または消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。



(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、④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。



(4) 対象者が、他の公費負担医療制度に該当し、かつ④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、④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、**③**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) 「**③**」の表示のある医療証（負担者番号 81136〇〇〇）」（前年度の住民税が課税世帯）

外来は、1割負担とし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。



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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

- (2) 「**食**」の表示のある受給者証（負担者番号 81137〇〇〇）」（前年度の住民税が非課税世帯）
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。
「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。

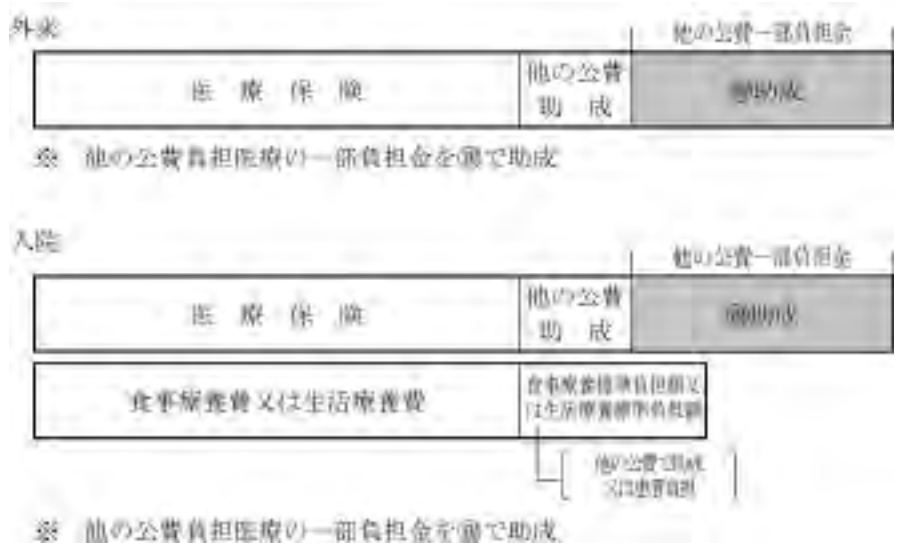
7. 他の医療制度との関係

親制度の助成は、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、**都**公費負担医療制度と**親**制度の関係も同様に**都**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**親**制度の対象とならない。

- (1) 「**部**」、**食**表示証（一般世帯）の場合」負担者番号 81136〇〇〇



- (2) 「**食**」表示証（住民税非課税世帯）の場合」負担者番号 81137〇〇〇



【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

2023年10月1日現在

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号								負担者番号							
		部 食				食				食				食			
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 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 (6264) 8403	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若者支援課 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	子ども未来部子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	子ども未来部子育て応援課手当医療助成担当 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	子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) 9864	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子ども医療費助成係 03 (3228) 3253	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) 4832	8	1	1	3	6	1	8	6	8	1	1	3	7	1	8	4
板橋区	子ども家庭部子育て支援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	子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応援課児童手当係 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	⑧ ⑨ 負担者番号								⑩ 負担者番号							
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 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 (29) 9675	8	1	1	3	6	2	7	7	8	1	1	3	7	2	7	5
青 梅 市	こども家庭部こども育成課手当・医療係 0428 (22) 1111 内 2138, 2139	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 2103	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支援課手当助成係 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) 2111 内 156	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手当助成係 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 (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	子ども未来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子育て支援係 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 186	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 238	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相談課手当・助成係 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
檜 原 村	福祉けんこう課福祉係 042 (598) 3121 内 111	8	1	1	3	6	5	4	1	8	1	1	3	7	5	4	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							
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号
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) 0013	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 206	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 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

1 5	㊦乳幼児医療費助成制度		
法 別 番 号	8 8	区 分	乳幼児医療（㊦）
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関 （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））		
疾 病 等 の 範 囲	全疾病		
対 象 者	義務教育就学前の乳幼児（6歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある者）を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方 （1）一定所得額以下の方（詳細は各区市町村へ問合せ） （2）当該乳幼児について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該乳幼児が生活保護を受けている場合、施設等に措置により入所している場合等を除く。		
申 請 の 手 続	乳幼児の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認 定 期 間	申請のあった日から、その日以降の直近の9月30日まで。更新の場合は10月1日から翌年の9月30日まで。ただし、6歳児については、終期が3月31日となる。		
公費負担額	医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額を控除した額）を助成する。 → 認定された方は、入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する乳幼児の医療費の助成に関する条例等		
問 合 せ 先	[認定・給付関係] 各区市町村乳幼児医療担当課 [施策関係・制度運用] 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当 （5320）4282		

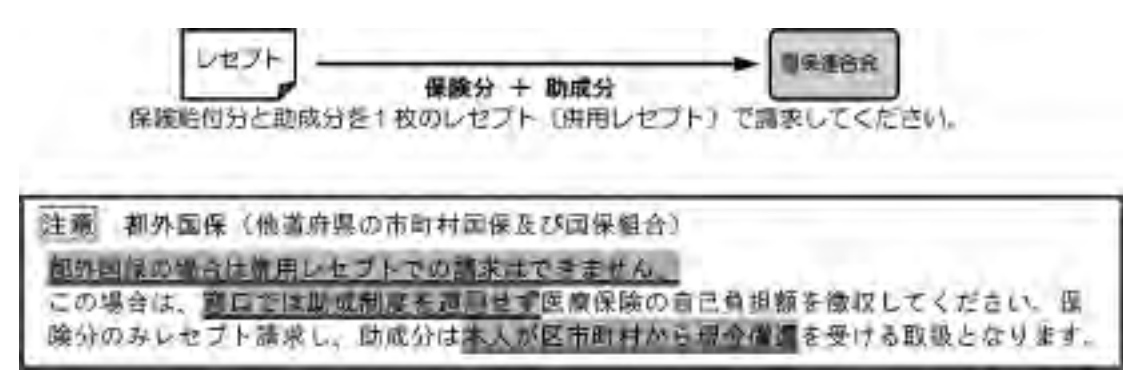
1. 概要

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「マルニュー」と略称する。

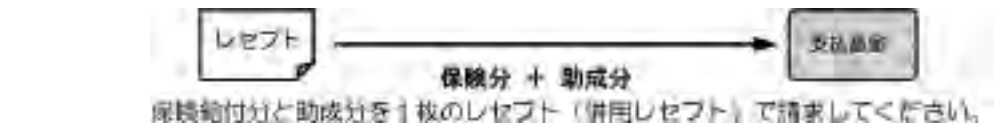
2. 認定期間

㊦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。

国民健康保険の場合



社会保険の場合



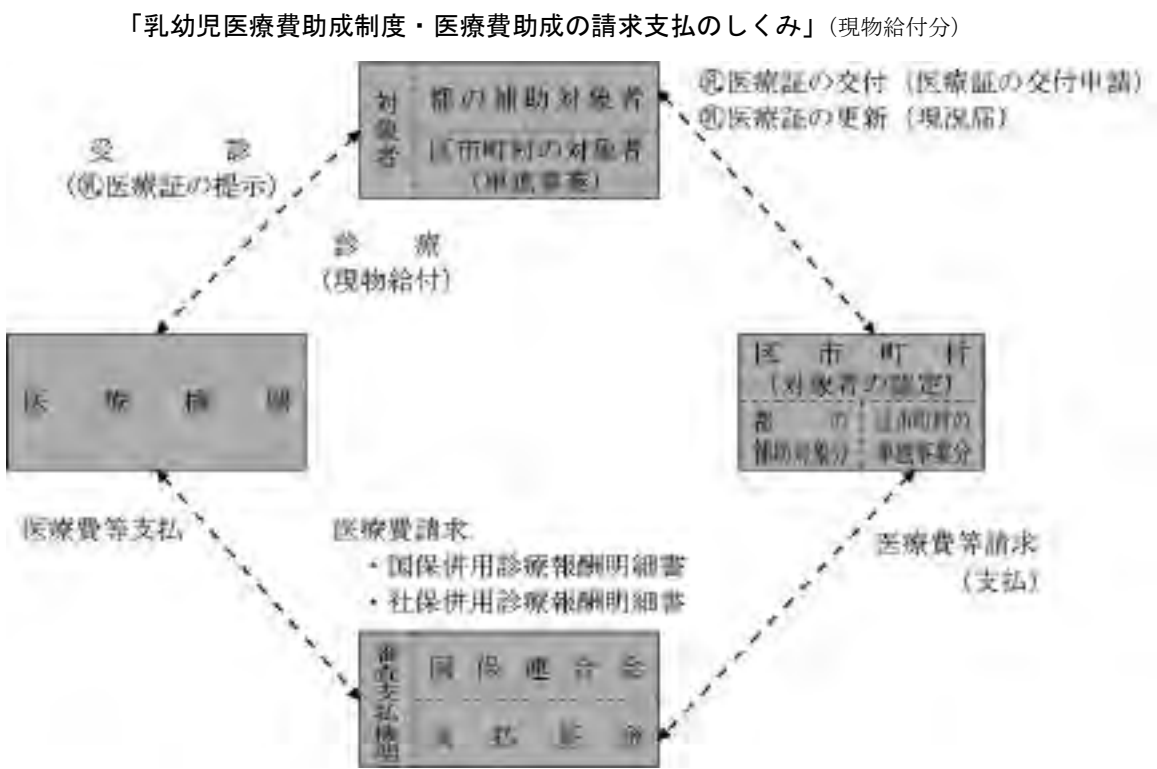
- (3) 対象乳幼児が他の公費負担医療等に該当し、かつ乳制度の助成がある場合
保険分、乳制度助成分及び他の公費負担医療分は、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、国保の場合、国保連合会へ、社保の場合、支払基金へ請求する。
- (4) 高額療養費の現物給付がある場合
診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

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

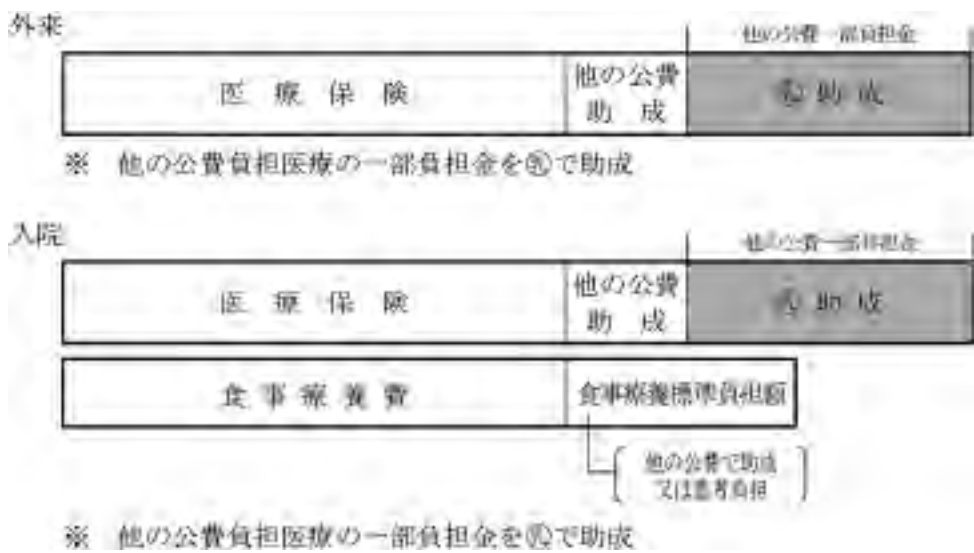
※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況等に応じて医療保険制度の軽減措置あり。



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。



8. ㊦医療費助成制度との関係について

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、義務教育就学児医療費助成(㊦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. 171～参照)。

【公費負担医療の手引より抜粋】

乳幼児医療費助成制度 区市町村担当課・負担者番号一覧

2023 年 10 月 1 日現在

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号				負担者番号			
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 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 (6264) 8403	8	8	1 3	2 0 2	2			
港区	子ども家庭支援部子ども若者支援課子ども給付係 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	子ども未来部子育て応援課手当医療助成担当 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・若者部子ども家庭課子ども医療・手当担当 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子ども医療助成係 03 (3228) 3253	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) 4832	8	8	1 3	2 1 8	8			
板橋区	子ども家庭部子育て支援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			
足立区	福祉部親子支援課子ども医療費給付係 03 (3880) 5923	8	8	1 3	2 2 1	2			
葛飾区	子育て支援部子育て応援課児童手当係 03 (5654) 8294	8	8	1 3	2 2 2	0			
江戸川区	子ども家庭部児童家庭課医療費助成係 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

【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							
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号
三鷹市	子ども政策部子育て支援課手当・医療係 0422 (29) 9675	8	8	1	3	8	2	7	6	8	8	1	3	8	2	7	9
青梅市	こども家庭部こども育成課手当・医療係 0428 (22) 1111 内 2139	8	8	1	3	8	2	8	4	8	8	1	3	8	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	8	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	8	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	8	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	8	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	8	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	8	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	8	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 3652	8	8	1	3	8	3	6	7	8	8	1	3	8	3	6	0
国分寺市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当助成係 042 (325) 0111 内 378	8	8	1	3	8	3	7	5	8	8	1	3	8	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) 2111 内 156	8	8	1	3	8	3	8	3	8	8	1	3	8	3	8	6
福生市	子ども家庭部子ども育成課手当助成係 042 (551) 1737	8	8	1	3	8	4	1	7	8	8	1	3	8	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) 1277	8	8	1	3	8	4	2	5	8	8	1	3	8	4	2	8
東大和市	子ども未来部子育て支援課手当・助成係 042 (563) 2111 内 1761	8	8	1	3	8	4	3	3	8	8	1	3	8	4	3	6
清瀬市	福祉・子ども部子育て支援課子育て支援係 042 (497) 2088	8	8	1	3	8	4	4	1	8	8	1	3	8	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	8	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	8	4	6	9
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	8	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	8	4	8	5
羽村市	子ども家庭部子育て相談課手当・助成係 042 (555) 1111 内 237	8	8	1	3	8	5	0	8	8	8	1	3	8	5	0	1
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	8	1	3	8	4	9	0	8	8	1	3	8	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	8	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	8	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	8	5	2	7
檜原村	福祉けんこう課福祉係 042 (598) 3121 内 111	8	8	1	3	8	5	4	0	8	8	1	3	8	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	8	5	5	0

【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						
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号
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
利 島 村	住民課 04992 (9) 0013	8	8	1	3	8	5	7	3	8	8	1	3	2	5
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
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
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
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
八 丈 町	福祉健康課厚生係 04996 (2) 5570	8	8	1	3	8	6	2	3	8	8	1	3	2	6
青ヶ島村	総務課 04996 (9) 0111 内 206	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

問合せ先 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

16	㊦義務教育就学児医療費助成制度		
法別番号	88	区分	義務教育就学児医療（㊦）
取扱医療機関等	契約医療機関 （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））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	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）を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方 (1) 一定所得以下の方（詳細は各区市町村へ問合せ） (2) 当該児童について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該児童が生活保護を受けている場合、施設に措置により入所している場合等を除く。		
申請の手続	児童の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の9月30日まで。更新の場合は、10月1日から翌年9月30日まで。ただし、6歳児については、始期が4月1日となり（6歳に達する日以後の最初の3月31日までは乳幼児医療）、15歳児については、終期が3月31日となる。		
公費負担額	各区市町村で下記の(1)又は(2)を実施している。詳細は、各区市町村へ問合せ (1) 入院については、医療保険の自己負担額を助成し、通院（調剤及び訪問看護を除く。）については、自己負担額から一部負担金等相当額（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、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 → 認定された方は、 通院時の一部負担金等相当額（通院1回につき200円（上限額））と入院時の食事療養標準負担額を負担する。 (2) 医療保険の自己負担額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 → 認定された方は、 入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する義務教育就学児の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	[認定・給付関係] 各区市町村義務教育就学児医療担当課 [施策関係・制度運用] 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当 （5320）4282		

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. 175～参照）。入院については、本人負担はない。

(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。

負担者番号

	法別番号		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	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へ提出した場合

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

レセプト

→

保険分 + 助成分

→

国保連合会

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

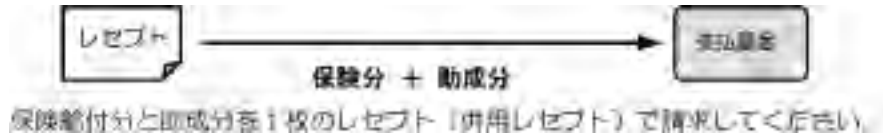
都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。

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



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（市町村により、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



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 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。

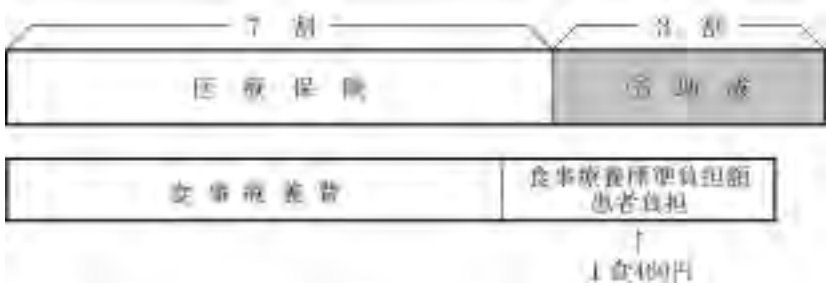
(3) 本人負担「無」の場合

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



※ 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

㊦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㊦制度で一部負担金より高額の場合には、その差額を㊦制度で助成する。

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。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」＊㊦制度一部負担金＝通院1回につき200円（上限額）

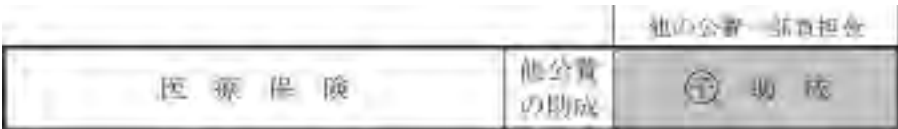
●他公費一部負担金 > ㊦制度一部負担金 → 差額を㊦で助成



●他公費一部負担金 < ㊦制度一部負担金 → ㊦助成なし

「本人負担「無」の場合」

・他公費一部負担金を㊦で助成



入院

通院負担「有」の場合 } 共通
本人負担「無」の場合 }



※ 他の公費負担医療の一部負担金を㊦で助成

7. ㊦医療費助成制度との関係について

令和5年4月から高校生等医療費助成制度が開始した。これにより、15歳に達した日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間は、高校生等医療費助成（㊦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。

※ 高校生等医療費助成制度の詳細は（P.179～参照）。

【公費負担医療の手引より抜粋】

義務教育就学児医療費助成制度 負担者番号一覧

2023 年 10 月 1 日現在

※ 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. 168～参照）。

区 市 町 村	事 業 内 容	所得 制限 有:○	負 担 者 番 号															
			法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 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	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 自己負担なし		8	8	1	3	7	2	5	2	8	8	1	3	5	2	5	6
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 自己負担なし		8	8	1	3	7	2	7	8	8	8	1	3	5	2	7	2
青梅市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	2	8	6	8	8	1	3	5	2	8	0
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	8	8	1	3	4	3	0	9
調布市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	3	1	0	8	8	1	3	5	3	1	4
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	8	8	1	3	4	3	4	1
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	8	8	1	3	5	3	5	5
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								

【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																
				法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号			検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号			検証 番号					
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		8	8	1	3	4	4	6	5
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	自己負担なし		8	8	1	3	7	4	9	2		8	8	1	3	5	4	9	6
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	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	1	8		8	8	1	3	5	5	1	2
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		8	8	1	3	5	6	2	9
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 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

17 青 高校生等医療費助成制度			
法 別 番 号	89	区 分	高校生等医療（青）
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関 （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））		
疾 病 等 の 範 囲	全疾病		
対 象 者	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。高校在学中か否かを問わない。）を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方。 （1）一定所得以下の方（詳細は各区市町村へ問合せ） （2）当該高校生等について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該高校生等が生活保護を受けている場合、施設に措置により入所している場合等を除く。 なお、高校生等が誰からも監護されておらず区市町村が必要と認める場合は、当該高校生等本人が対象者となることがある。		
申 請 の 手 続	高校生等の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認 定 期 間	申請のあった日から、その日以降の直近の9月30日まで。更新の場合は、10月1日から翌年9月30日まで。ただし、15歳児については、始期が4月1日となり（15歳に達する日以後の最初の3月31日までは義務教育就学児医療）、18歳児については、終期が3月31日となる。		
公費負担額	各区市町村で下記の(1)又は(2)を実施している。詳細は、各区市町村へ問合せ (1) 入院については、医療保険の自己負担額を助成し、通院（調剤及び訪問看護を除く。）については、自己負担額から一部負担金等相当額（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、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 → 認定された方は、 通院時の一部負担金等相当額（通院1回につき200円（上限額））と入院時の食事療養標準負担額を負担する。 (2) 医療保険の自己負担額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 → 認定された方は、 入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する高校生等の医療費の助成に関する条例等		
問 合 せ 先	[認定・給付関係] 各区市町村高校生等医療担当課 [施策関係・制度運用] 福祉局生活福祉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】

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。

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」（P. 182 参照）。入院については、本人負担はない。

The image shows a sample of the 'Blue' Medical Certificate (青医療証) for 'Outpatient Burden' (有). The form is divided into several sections. At the top right, there is a red-bordered box containing the text '通院負担有 (200 円)'. Below this, there are fields for '氏名' (Name), '生年月日' (Date of Birth), '性別' (Gender), '住所' (Address), '電話番号' (Phone Number), and '申請者' (Applicant). There is also a section for '医療機関' (Medical Institution) with fields for '科' (Department), '医師' (Doctor), and '薬剤師' (Pharmacist). At the bottom, there is a section for '申請日' (Application Date) and '有効期限' (Valid Period).

(2) 本人負担「無」の場合

本人負担がないため、**青**医療証には本人負担に関する表示がない。

The image shows a sample of the 'Blue' Medical Certificate (青医療証) without the 'Outpatient Burden' (有) indication. The form is identical to the one above, but it lacks the red-bordered box in the top right corner. The fields for '氏名', '生年月日', '性別', '住所', '電話番号', '申請者', '医療機関', '申請日', and '有効期限' are all present.

負担者番号

	法別番号		都道府県番号		医療機関番号		校正番号
通院負担「有」	8	0	1	3	1		
	8	0	1	3	4		
本人負担「無」	8	0	1	3	5		
	8	0	1	3	7		

※ 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)

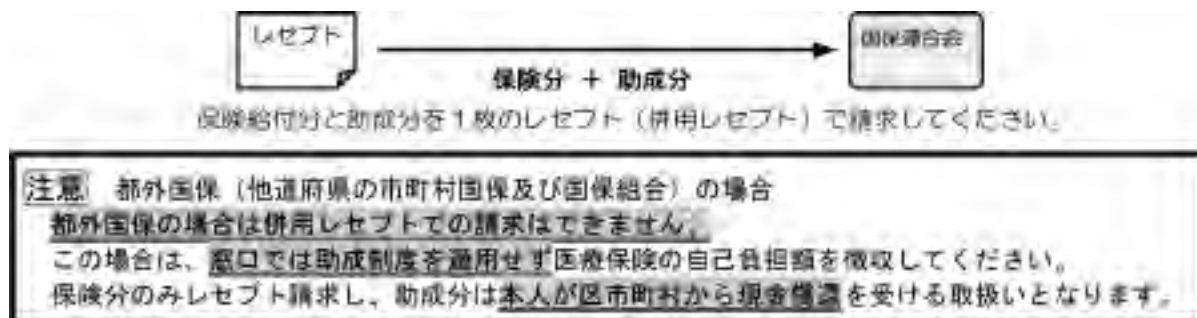
医療機関の窓口では、㊦制度の通院一部負担金及び入院の場合の食事療養標準負担額を徴収する。(㊦制度本人負担「無」の者については、入院時食事療養標準負担額のみ徴収)

医療機関は、保険分及び㊦制度助成分ともに、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。

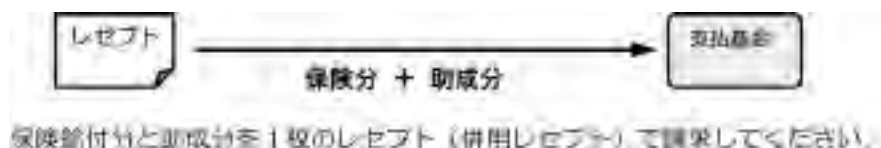
助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

(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



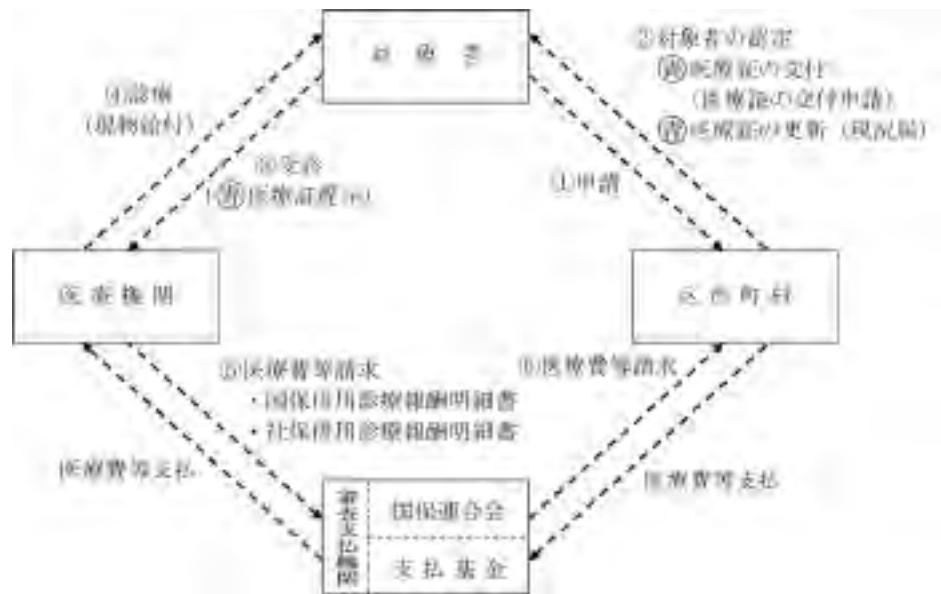
社会保険の場合



【公費負担医療の手引より抜粋】

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

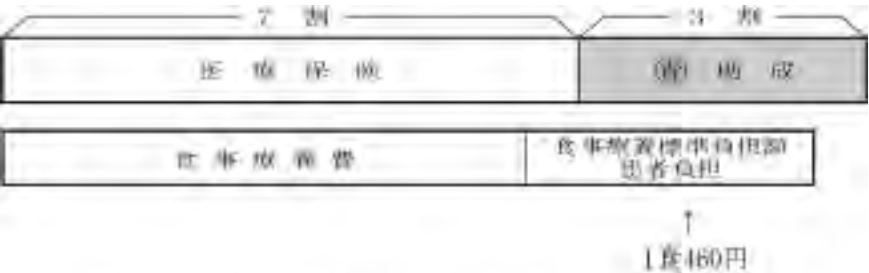
国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㊦制度の一部負担金（通院1回につき200円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外 来



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。

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 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



※ 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

㊥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㊥制度で一部負担金より高額の場合には、その差額を㊥制度で助成する。

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。適用関係は下記の図のとおりである。

【公費負担医療の手引より抜粋】

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⑤で助成

		他の公費一部負担金	
医療保険	他公費の助成	⑤助成	④一部負担金 200円（上限）

●他公費一部負担金＜④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

		他の公費一部負担金	
医療保険	他公費の助成	⑤助成	

入 院

通院負担「有」の場合
本人負担「無」の場合 } 共通

		他の公費一部負担金	
医療保険	他公費の助成	⑤助成	

食事療養	食事療養標準負担額
------	-----------

（※付帯費に
も対応可能）

※ 他の公費負担医療の一部負担金を⑤で助成

高校生等医療費助成制度 負担者番号一覧

2023 年 10 月 1 日現在

※ 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. 168～参照）。

区 市 町 村	事 業 内 容	所得 制限 有:○	負 担 者 番 号											
			法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	機 関 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	機 関 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	機 関 番号
千代田区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	1	6				
中央区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	2	4				
港 区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	3	2				
新宿区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	4	0				
文京区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	5	7				
台東区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	6	5				
墨田区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	7	3				
江東区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	8	1				
品川区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	9	9				
目黒区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	0	7				
大田区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	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															
			法別 番号		都道府 県番号		実施機 関番号			検証 番号	法別 番号		都道府 県番号		実施機 関番号			検証 番号
世田谷区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	2	3								
渋谷区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	3	1								
中野区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	4	9								
杉並区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	5	6								
豊島区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	6	4								
北 区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	7	2								
荒川区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	8	0								
板橋区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	9	8								
練馬区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	2	0	6								
足立区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	2	1	4								
葛飾区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	2	2	2								
江戸川区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	2	3	0								
八王子市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	2	4	7								
立川市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	2	5	1	8	9	1	3	5	2	5	5
武蔵野市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	2	6	9	8	9	1	3	5	2	6	3
三鷹市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	2	7	7	8	9	1	3	5	2	7	1
青梅市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	2	8	8								
府中市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	2	9	3	8	9	1	3	5	2	9	7
昭島市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	0	4	8	9	1	3	4	3	0	8
調布市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	3	1	9	8	9	1	3	5	3	1	3
町田市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	2	0								
小金井市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	3	8	8	9	1	3	4	3	3	2
小平市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	4	6								
日野市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし		8	9	1	3	7	3	5	0	8	9	1	3	5	3	5	4
東村山市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	6	1								
国分寺市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	7	9	8	9	1	3	4	3	7	3
国立市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	8	7	8	9	1	3	4	3	8	1
福生市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	4	1	1	8	9	1	3	4	4	1	5
狛江市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	2	9								
東大和市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	3	7								

【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															
			法別 番号		都道府 県番号		実施機 関番号			検証 番号	法別 番号		都道府 県番号		実施機 関番号			検証 番号
清瀬市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	4	5								
東久留米市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	5	2								
武蔵村山市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	6	0								
多摩市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	4	7	8	8	9	1	3	4	4	7	2
稲城市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	8	6								
羽村市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	5	0	2								
あきる野市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	4	9	1	8	9	1	3	5	4	9	5
西東京市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	9	5	8	9	1	3	4	3	9	9
瑞穂町	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	5	1	0	8	9	1	3	4	5	1	4
日の出町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	2	5	8	9	1	3	5	5	2	9
檜原村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	4	1	8	9	1	3	5	5	4	5
奥多摩町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	5	8	8	9	1	3	5	5	5	2
大島町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	6	6	8	9	1	3	5	5	6	0
利島村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	7	4	8	9	1	3	5	5	7	8
新島村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	8	2	8	9	1	3	5	5	8	6
神津島村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	9	0	8	9	1	3	5	5	9	4
三宅村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	6	0	8	8	9	1	3	5	6	0	2
御蔵島村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	6	1	6	8	9	1	3	5	6	1	0
八丈町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	6	2	4	8	9	1	3	5	6	2	8
青ヶ島村	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	6	3	5								
小笠原村	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	6	4	3	8	9	1	3	4	6	4	7

問合せ先 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

18	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）

法別番号	51	区分	難病等 （国の研究事業対象疾病 都）
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （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））		
疾病等の範囲	スモン、劇症肝炎、重症急性膵炎、先天性血液凝固因子欠乏症等		
対象者	上記疾病に罹患しており、医療保険等各法又は介護保険法により医療又は介護に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 ※1 劇症肝炎、重症急性膵炎については、平成26年12月31日までに助成を受けていた方が平成27年1月1日から継続して助成を受ける場合（更新を含む。）に限り対象となる。 ※2 小児慢性特定疾病に該当する疾病については、満18歳未満の方は小児慢性特定疾病医療費助成に申請すること。		
申請の続手	申請書に、臨床調査個人票（対象疾病によっては所定の診断書）、個人番号に係る調書、住民票、健康保険証の写し、保険者からの情報提供にかかる同意書（※）及び健康保険上の所得区分を確認する書類（※）を添付して患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 ※1 先天性血液凝固因子欠乏症等については、（※）の書類は不要 ※2 先天性血液凝固因子欠乏症等のうち第Ⅷ・第Ⅸ因子欠乏症及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症については併せて特定疾病療養受療証の写しを添付する。		
認定期間	スモン：申請日から原則として申請日以降の直近の9月30日まで 劇症肝炎、重症急性膵炎：6か月間 先天性血液凝固因子欠乏症等：申請日から申請日の属する年度の3月31日まで		
公費負担額	1 認定を受けた疾病に係る医療に要する費用について、各種医療保険等を適用後の自己負担額 2 認定を受けた疾病に係る介護保険法による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養		

【公費負担医療の手引より抜粋】

	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、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスに要する費用について、介護保険適用後の自己負担額
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
問 合 せ 先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当 (5320)4472 [制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当 (5320)4471 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当） (5320)4454

【公費負担医療の手引より抜粋】

2
1
②

法 別 番 号	3 8	区 分	B型・C型ウイルス肝炎治療（都）
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （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））		
疾 病 等 の 範 囲	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		
対 象 者	以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 （1）上記疾病に該当する方 （2）医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方		
申 請 の 手 続	以下の書類を患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 （1）申請書 （2）東京都が指定する肝臓専門医療機関が記載した所定の診断書 ※1 インターフェロンフリー治療（再治療）の申請については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が診断書を作成する場合を除き、当該医師の意見書の添付が必要となる。 ※2 核酸アナログ製剤治療（更新）の申請については、検査内容及び受けている治療内容が分かる資料等の提出をもって代えられる場合がある。 （3）住民票（世帯全員分が記載されたもの） （4）健康保険証の写し （5）高齢受給者証の交付を受けている方は、受給者証の写し （6）区市町村民税の課税状況が確認できる書類（世帯全員分）		
認 定 期 間	別表 5（P190）参照		
公 費 負 担 額	1 住民税非課税世帯の方（H階層） 認定疾患に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を除く。）を助成する。 2 上記1以外の方（A・D階層） 認定疾患に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額から月額患者一部負担額（別表 6（P190）のとおり）を控除した額を助成する。 → 認定された方は、 （1）住民税非課税世帯の方（H階層）は、入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を負担する。 （2）上記（1）以外の方（A・D階層）は、月額患者一部負担額及び入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		
問 合 せ 先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当 （5320）4472 [制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策推進担当 （5320）4476 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）（5320）4454		

【公費負担医療の手引より抜粋】

法別番号 38

(別表 5)

【認定期間】

原則として、申請書を受理した日の属する月の初日から起算して下記期間を経過する日まで

治 療 法	認定期間
B型ウイルス肝炎若しくは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又は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	1 年
C型ウイルス肝炎に対して行われるペグインターフェロン及びリバビリン併用治療又はインターフェロンフリー治療（ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法、ソホスブビル・リバビリン併用療法（セログループ（ジェノタイプ）1・2以外）、前治療歴を有するC型慢性肝炎・C型代償性肝硬変に対するソホスブビル/ベルパタスビル配合錠（リバビリン製剤（レベトールに限る）の併用あり）による治療）	7 か月
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（オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン（レベトールカプセル 200 mgに限る。）併用療法）	5 か月
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（ソホスブビル・リバビリン併用療法（セログループ（ジェノタイプ）2）、レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療、エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠による治療、C型代償性肝硬変に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）1又はセログループ（ジェノタイプ）2）、C型慢性肝炎・C型代償性肝硬変に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）1・2以外）、C型慢性肝炎・C型代償性肝硬変・C型非代償性肝硬変に対するソホスブビル/ベルパタスビル配合錠による治療（リバビリン製剤の併用なし）	4 か月
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（C型慢性肝炎に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）1又はセログループ（ジェノタイプ）2））※C型慢性肝炎に対する前治療歴に応じて4か月とすることができる。	3 か月

月額患者一部負担額（月額）

(別表 6)

階層 区分	同一世帯に属する方全員の区市町村民税（所得割）の課税年額の合計額 （※但し、Hは所得割及び均等割の合計）	月額患者一部負担額（ただし、食事療養・生活療養標準負担額は含まない。）
H	区市町村民税非課税世帯（※）の方	なし
A	235,000 円未満（Hを除く。）	1 万円
D	235,000 円以上	2 万円

※「区市町村民税非課税世帯」とは、患者の属する住民票上の世帯全員が、区市町村民税（所得割・均等割とも）非課税である場合をいう。

法 別 番 号	3 8	区 分	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（都）	
取 扱 医 療 機 関 等	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関			
疾 病 等 の 範 囲	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			
対 象 者	以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 (1) 上記疾病に該当し治療を受けている方 (2) 世帯年収が概ね3 7 0万円未満の方 (3) 肝がん・重度肝硬変での入院又は肝がんの通院治療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」に限る。）で申請月の前の1 1か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が2か月以上ある方 (4) 肝がん・重度肝硬変の治療研究への協力に同意している方 (5) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方			
申 請 の 手 続	以下の書類を患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 (1) 申請書 (2) 臨床調査個人票及び同意書（臨床調査個人票は指定医療機関が作成したもの） (3) 医療記録票の写し（肝がん・重度肝硬変での入院又は肝がんでの通院治療で、申請月の前の1 1か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が2か月以上あることが分かるもの） (4) 医療証明書の写し並びに領収書及び診療明細書（指定医療機関以外の保険医療機関や保険薬局で医療を受けた場合） (5) 住民票 (6) 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写し等 (7) 保険者からの情報提供に係る同意書（必要な場合のみ） (8) 区市町村民税課税（非課税）証明書（必要な場合のみ）			
認 定 期 間	原則として、申請書を受理した日の属する月の初日から起算して1年を経過する日まで			
公 費 負 担 額	B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の入院医療又は肝がんの通院治療にかかる保険診療の自己負担額から、以下の階層区分に応じた自己負担月額を除いた額。ただし、過去1 2月以内に保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療で高額療養費の算定基準額を超えた月が既に2月以上あり、指定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。）を受けた月のみが助成対象。なお、健康保険から支給される高額療養費、入院時の食事療養標準負担額及び入院時の生活療養標準負担額は助成対象外			
	階層区分		自己負担月額	
	H	7 0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
		7 0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	7 0歳未満	限度額適用認定証の適用区分が「エ」の方	保険者ごとに月額1万円 （ただし、入院関係医療は、同一の指定医療機関及び保険者ごとに月額1万円）
7 0歳以上 7 5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」の方を除く。）		
7 5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」又は「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」の方を除く。）		
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則			
問 合 せ 先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当（5320）4472 [制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策推進担当（5320）4476 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）（5320）4454			

【公費負担医療の手引より抜粋】

法 別 番 号	8 2	区 分	難病等 (人工透析を要する腎不全 (都))
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 (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))		
疾 病 等 の 範 囲	人工透析を要する腎不全		
対 象 者	上記疾病に罹患しており、医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。		
申 請 の 手 続	申請書に、個人番号に係る調書、住民票、健康保険証の写し及び特定疾病療養受療証の写しを添付して患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。		
認 定 期 間	申請日から原則として申請日以降の直近の9月30日まで		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等適用後の自己負担額(1万円までを限度とし、入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を除く。) ※介護保険法による介護については本制度の対象外		
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		
問 合 せ 先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当 (5320)4472 [制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当 (5320)4471 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当 (マル都担当) (5320)4454		

法 別 番 号	8 2	区 分	精神医療 小児精神病 (都)
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 (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))		
疾 病 等 の 範 囲	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 (付随する軽易な傷病とは、入院医療を担当する精神病室の医療担当者において行いいうる医療をいう。)		
対 象 者	1 以下のいずれにも該当する方。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方を除く。 (1) 現に上記の疾病に該当し、精神科病院又は精神科病床に入院している方 (2) 満18歳未満の方 (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方 2 認定患者であって、満18歳に達した時点で引き続き入院医療を受ける場合は、満20歳未満とする。		
申 請 の 手 続	申請書に診断書、住民票、健康保険証の写しを添付して、患者の住所地を管轄する区市町村長を経て知事に申請する。		
認 定 期 間	申請書を受理した日の属する月の初日から、助成開始日から起算して1年を経過する日まで。ただし、起算日から1年以内に満18歳(対象年齢延長の扱いを受けている方)にあつては、満20歳)に達する方については、誕生日の属する月の末日まで (認定期間を残して退院したときは、退院と同時に認定期間は終了する。)		
公費負担額	医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額(入院時の食事療養標準負担額を除く。)を助成する。		

【公費負担医療の手引より抜粋】

	→ 認定された方は、入院時の食事療養標準負担額を負担する。
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
問合せ先	[認定関係] 福祉局中部総合精神保健福祉センター事務室精神障害者保健福祉手帳担当 (3302) 7739 <直通> [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当(マル都担当) (5320) 4454

法別番号	82	区分	被爆者の子に対する医療（都）
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （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））		
疾病等の範囲	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 〈除外疾病〉 (1) 感染症疾病 (2) 寄生虫病 (3) 中毒又は事故による疾病 (4) 原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方。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方を除く。 (1) 被爆者の実子であり、健康診断受診票の交付を受けた方 (2) 上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方 (3) 医療保険各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の手続	申請書に診断書（医療費助成用）、健康診断受診票の写し及び健康保険証の写しを添付して、知事に申請する。		
認定期間	申請書を受理した日の属する月の初日から起算して2年間（平成25年度より認定期間1年から2年に変更）を限度とする。ただし、健康診断受診票を交付されていることを前提とする。		
公費負担額	認定疾病（その続発症を含む。）にかかる医療に関する給付について、各種医療保険等を適用した後の自己負担額（入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）を助成する。 → 認定された方は、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を負担する。		

【公費負担医療の手引より抜粋】

根拠法令等	東京都原子爆弾被爆者等の援護に関する条例
問 合 せ 先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課被爆者援護担当 (5320)4473 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当(マル都担当) (5320)4454

法 別 番 号	8 2	区 分	大気汚染関連疾病（都）
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関等 （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））		
疾 病 等 の 範 囲	以下のいずれかに該当する方 (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		
対 象 者	以下のいずれにも該当する方。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方を除く。 (1) 現に上記の疾病にかかっている方 (2) 18歳未満の方（18歳の誕生日が属する月の末日までにある方を含む。） ※生年月日が平成9年4月1日以前の被認定者は、更新申請のみ可能。 (3) 東京都の区域内に引き続き1年（3歳に満たない方は6か月）以上住所を有する方 (4) 喫煙していない方 (5) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方		
申 請 の 手 続	認定申請書に主治医診療報告書、住民票の写し、健康保険証等の写し（疾病等の範囲の(1)以外に該当する方は、申請時に胸部エックス線フィルム（直接撮影に限る。）の提出も必要。）を添付して、患者の住所地が市町村（保健所政令市を除く。）の場合は市町村長を経由して管轄する保健所長に、区の場合は区長又は保健所長に、保健所政令市の場合は保健所長に申請する。		
認 定 期 間	(1) 新規申請の場合は、申請を受理した日から起算して2年を経過した日以降の直近の誕生日の属する月の末日まで (2) 更新申請の場合は、前回の認定の有効期間の満了日の翌日から2年間 ただし、(1)及び(2)に定める期間中に18歳に達する場合は、その誕生日の属する月の末日までを限度とする。		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額を除く。）を助成する。 ※生年月日が平成9年4月1日以前で有効な医療券を持っている方に対しては、月額6,000円を超える部分（入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除く。）を助成する。		

【公費負担医療の手引より抜粋】

根拠法令等	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
問 合 せ 先	[認定関係] 東京都（区市）大気汚染障害者認定審査会設置保健所（３０か所） [施策関係] 保健医療局健康安全部環境保健衛生課環境保健担当 （5320）4491 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）（5320）4454

【公費負担医療の手引より抜粋】

法 別 番 号	5 4 ・ 8 3	区 分	難病等 5 4 (指定難病) ・ 8 3 (都単独疾病 都)
取 扱 医 療 機 関 等	5 4 : 指定医療機関 8 3 : 契約医療機関、東京都が開設する医療機関 (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))		
疾 病 等 の 範 囲	別表 3 (P116) のとおり		
対 象 者	5 4 : 別表 3 の I の疾病に該当する方であって、①厚生労働大臣の定める症状の程度に該当する方又は②申請日の属する月の 1 2 月前までの間で当該疾病に係る医療に要した費用の額が 3 3, 3 3 0 円を超えた月数が 3 月以上ある方 8 3 : 別表 3 の II の疾病に該当する方であって、①知事の定める基準に該当する方又は②申請日の属する月の 1 2 月前までの間で当該疾病に係る医療に要した費用の額が 3 3, 3 3 0 円を超えた月数が 3 月以上ある方 ※ 8 3 については、上記に加え、医療保険等各法又は介護保険法により医療又は介護に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 なお、8 3 の対象疾病のうち、小児慢性特定疾病に該当するものについては、満 1 8 歳未満の方は小児慢性特定疾病医療費助成に申請すること。		
申 請 の 手 続	申請書に、臨床調査個人票 (5 4 については都道府県が指定した医師が作成したもの)、個人番号に係る調書、住民票、申請者等の健康保険証の写し、申請者等の課税状況を証明する書類、保険者からの情報提供に係る同意書その他必要な書類を添付して患者の方の住所地 (※) を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 ※ 5 4 については、患者の方が満 1 8 歳未満の場合は、当該患者の保護者の住所地		
認 定 期 間	[認定期間の変更] 令和 5 年 1 0 月 1 日から指定医が「重症度分類を満たしていることを診断した日 (開始日)」等まで遡って医療費助成を開始することが可能。 5 4 : 開始日から、原則として申請日から 1 年を経過する日の属する月の末日まで 8 3 : 開始日から、原則として申請日以降の直近の 7 月 3 1 日まで なお、遡り等の詳細については下記の URL 参照 https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/nanbyo/portal/seido/maedaoshi.html		
公費負担額	1 月ごとの、認定を受けた疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る診療、調剤、居宅における療養上の管理及び看護に要した費用の額について、各種医療保険等適用後の自己負担額 (当該額が当該医療費総額の 3 割の方は、当該医療費総額の 2 割) から負担上限月額 (月額自己負担限度額) を控除した額。ただし、原則として入院時の食事療養標準負担額及び入院時の生活療養標準負担額は公費負担の対象外 2 月ごとの、認定を受けた疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る介護保険による訪問看護、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、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスに要した費用の額について、介護保険適用後の自己負担額 (当該額が当該介護費総額の 3 割の方は、当該介護費総額の 2 割) から負担上限月額 (月額自己負担限度額) を控除した額 ※ 1 5 4 については、都道府県等が指定した医療機関 (病院、診療所、薬局、訪問看護事業所又は介護予防訪問看護事業所) により行われたものに限る。 ※ 2 負担上限月額 (月額自己負担限度額) については別表 4 (P118) のとおり		
根拠法令等	難病の患者に対する医療等に関する法律、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		

問 合 せ 先	[認定関係]
	保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当 (5320)4472
	[制度関係]
	保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当 (5320)4471
	[給付関係]
	福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当） (5320)4454

【公費負担医療の手引より抜粋】

法 別 番 号	8 7	区 分	妊娠高血圧症候群等(都、区)
取 扱 医 療 機 関 等	契約医療機関 （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））		
疾 病 等 の 範 囲	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		
対 象 者	以下のいずれにも該当する方。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方を除く。 (1) 上記の疾病に該当する方 (2) 前年分の総所得税額が 30,000 円以下の世帯に属する方又は入院見込期間が 26 日以上の方 (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方		
申 請 の 手 続	申請書に診断書、住民票、保険証の写し、世帯調書及び各種所得税額等証明書を添付し、患者の住所地を管轄する保健所を経由して知事、区長又は保健所政令市長に申請する。		
認 定 期 間	診断書における入院見込期間		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額を除く。）を助成する。 → 認定された方は、入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	（都の制度） 東京都妊娠高血圧症候群等に係る医療費助成実施要綱 （区及び保健所政令市の制度） 区及び保健所政令市が制定する医療費助成実施要綱		
問 合 せ 先	都内市町村の区域内 [認定関係] 福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当 (5320) 4375 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）(5320) 4454 特別区（23 区）及び保健所政令市の区域内 各区市役所保健衛生主管課		

※Q & A は 225 ページに記載

1. 概要

（別表 7）（P. 220～参照）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、

【公費負担医療の手引より抜粋】

㊦ 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）[負担者番号 83136010]

<< 肝がん・重度肝硬変医療（法別番号 38） >>

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」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」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

【㊦ 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

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）	うすオレンジ色	患者一部負担額表（P.118）参照	○	○	○	○
		54136023	難病医療（指定難病・生活保護受給者）	うすオレンジ色	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	うすオレンジ色	患者一部負担額表（P.76）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）	うすオレンジ色		○	○	○	×
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.201）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	大気汚染関連連疾病	みどり色		○	○	○	×
		82137555	大気汚染関連連疾病 ※2	みどり色		○	○	○	×
		82137530	大気汚染関連連疾病 ※8	もも色 ※9	月額6千円及び入院時食事・生活療養標準負担額 ※10	○	○	○	×
		82137670	大気汚染関連連疾病 ※8	もも色 ※9	月額6千円及び入院時食事・生活療養標準負担額 ※10	○	○	○	×

【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	
	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 別表6（P.190）参照	○	○	×	×
		38136024	肝がん・重度肝硬変医療 ※5	もえぎ色	入院時食事・生活療養標準負担額	○※6	○	×	×
		38136024	肝がん・重度肝硬変医療 ※5	あじさい色	患者一部負担額表 P.191 参照	○※6	○	×	×
	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	93	93137008	結核一般医療（法別番号10）	しろ色	なし	×	○	×	×
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	×	○	○	×	
受給者証									

- ※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
- ※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 平成30年12月1日から制度開始
- ※6 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」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」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月目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。）
- ※7 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。
- ※8 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）
- ※9 平成30年4月1日以降の医療券
- ※10 平成30年4月1日以降の患者一部負担額
- ※11 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、都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

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) ⑧ 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 ⑧ 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 ⑧ 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. 199～200 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。

(2) ⑧ 医療費助成の対象とならないもの（例示）

- ・ ⑧ 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 ⑧ 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 ⑧ 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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

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、インターフェロンフリー治療又はインターフェロン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します。

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します。
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します。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（負担者番号「54」及び「83」）。
そのため、医療機関の窓口等では、必ず ② 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 ② 医療券等を扱うことができます。ただし、医療費助成は、② 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、ペ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。② 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 ② 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、国保連合会又は支払基金を通じて医療費等を東京都に請求します。

【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・支払基金に請求します。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「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、東京都福祉局生活福祉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します。

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します。（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します。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します。（ただし、18,000円（平成30年8月1日以降）を限度とします。また、低所得Ⅰ・Ⅱの方は、8,000円を限度とします）

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%部分について助成します。

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します。

【公費負担医療の手引より抜粋】



【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円まで助成します。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、「**④**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は証明しないでください。
- ・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****）

㊦ 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）又は介護医療院サービスは、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、介護予防居宅療養管理指導又は介護医療院サービスにおける利用者負担額を対象者に助成します。

㊦ 医療費助成では下記のものが該当します。

- ・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）（負担者番号 83136010）

難病医療「83」には、患者一部負担額があります。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します。（P. 201 参照）

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。㊦医療券（P. 227～参照）とその他との2種類以上の医療費助成等の併用がある場合、㊦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います。

※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) > ㊦ > [㊧・㊨・㊩・㊪・㊫]
【個別パターン1】	結核「10」・「93」 > 精神「21」・「93」 (㊦「93」については、結核「10」の医療費に付する5%の自己負担額に付する10%の自己負担額を助成する)
【個別パターン2】	医療保険 > ㊦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」 > ㊦「82」
【個別パターン3】	医療保険 > ㊦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」 + ㊦「83」 > ㊦「82」

5. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

①㊦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㊦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」、大気汚染関連疾病「82」に限る。）の提出を求め、㊦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。㊦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

①㊦医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

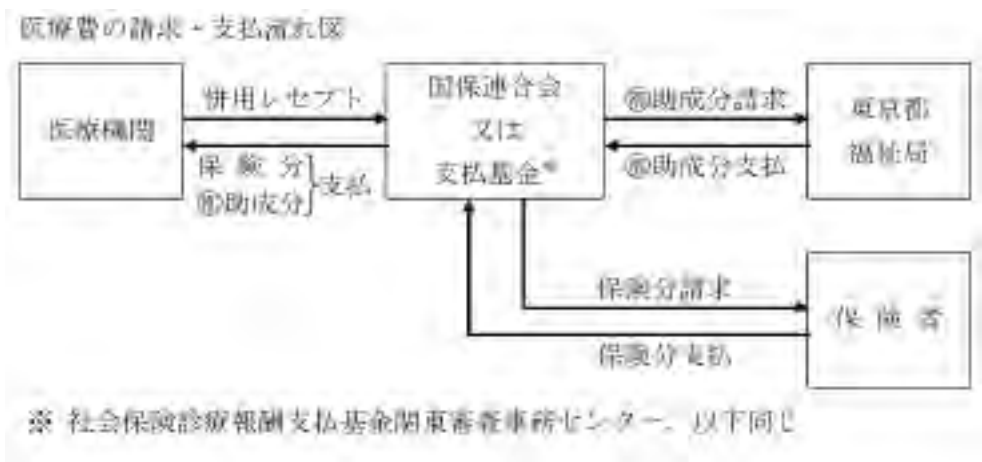
一般処理 保険（後期高齢者医療及び介護保険を含む。以下同じ）分及び㊦医療費助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求する。

例外処理 以下に掲げる㊦医療費助成分は、例外処理として、保険分とは別に㊦東京都負担医療費請求書等（P. 234～参照）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)(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

【公費負担医療の手引より抜粋】

- (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



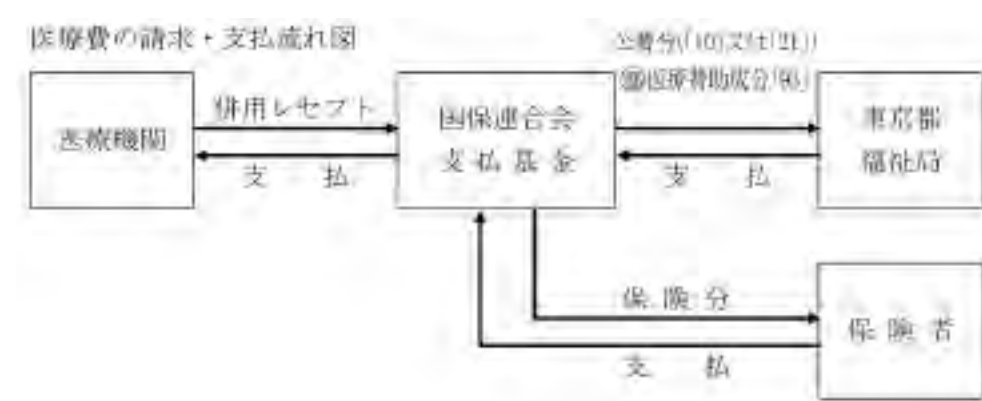
②精神通院医療

社保分	⑩分(精神のみ)	組合国保分
公費分「21」	公費分「21」	又は 公費分「21」
⑧医療費助成「93」	⑧医療費助成分	⑧医療費助成分

を1枚のレセプトで請求する。

③結核一般医療

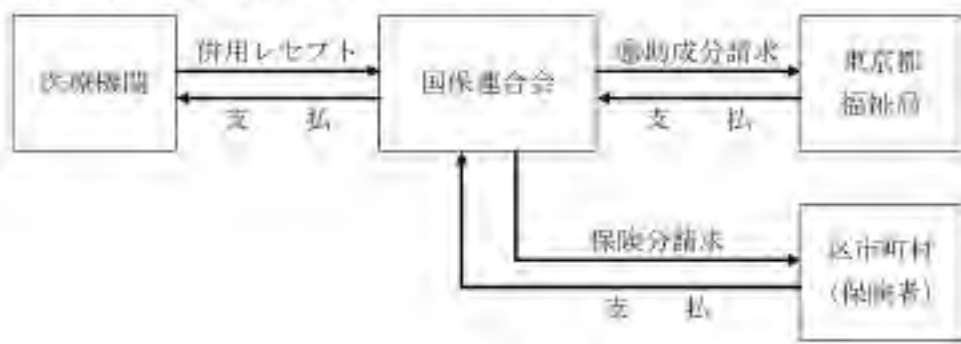
社保分	を1枚のレセプトで請求する。
公費分(法別番号「10」)	
⑧医療費助成「93」	



④介護保険と併用の場合

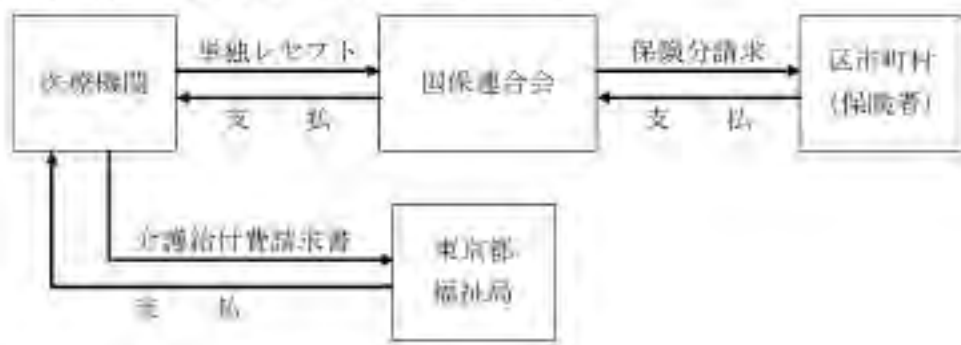
難病医療・特殊医療「51」の場合、介護保険分及び $\textcircled{\text{都}}$ 助成分を1枚のレセプトで併せて請求する（介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成12年3月厚生省令第20号）の例による）。併用レセプトを使用することにより、高額介護サービス費に相当する額44,400円を超える利用者負担額は介護保険分及び $\textcircled{\text{都}}$ 助成分と併せて支払われる。

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、 $\textcircled{\text{都}}$ 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.232 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関東審査事務センター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 $\textcircled{\text{都}}$ 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、 $\textcircled{\text{都}}$ 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 $\textcircled{\text{都}}$ 医療費助成の患者一部負担額を記入する。
- (iii) $\textcircled{\text{都}}$ 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 $\textcircled{\text{都}}$ 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 $\textcircled{\text{都}}$ 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 $\textcircled{\text{都}}$ 医療券については、 $\textcircled{\text{都}}$ 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	
		多数回該当
ア	2 6 区ア	3 1 多ア
イ	2 7 区イ	3 2 多イ
ウ	2 8 区ウ	3 3 多ウ
エ	2 9 区エ	3 4 多エ
オ	3 0 区オ	
Ⅵ	2 6 区ア	3 1 多ア
Ⅴ	2 7 区イ	3 2 多イ
Ⅳ	2 8 区ウ	3 3 多ウ
Ⅲ (前期高齢)	2 9 区エ	3 4 多エ
Ⅲ (後期高齢 2 割)	4 1 区カ	4 3 多カ
Ⅲ (後期高齢 1 割)	4 2 区キ	4 4 多キ
Ⅱ	3 0 区オ	摘要欄 低所得Ⅱ
Ⅰ		摘要欄 低所得Ⅰ

- ※ 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（3 4 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「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。

(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関東審査事務センター	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関東審査事務センター ※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関東審査事務センター ※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 (都) 東京都負担医療費請求書等	東京都福祉局生活福祉部医療助成課 〒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. 212 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(都)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、レセプトの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。

郵便番号 261-0001	公費負担者番号 受給者番号	交付者氏名 生年月日	国庫寄附金 本人・家族
通則内容	令和4年 1月1日（外）前年度	10,100 点	0,000 円 算
通則理由	請求金額エラー（「国庫負担額超過」） レセプト特記事項欄の記入誤り（区分相違や区間）のため、国庫支払額に誤りが生じています。		
処理方法	国庫分の国庫負担額を確認してください。事業支払額欄にレセプトの取手げ依頼をしていたとき、レセプトが戻り ましたら、通知区分欄に印字されている区分（ ）で修正されるよう、特記事項欄、調整欄等をお直し して再請求してください。		
管理番号 2610000019	国庫負担者番号 受給者番号	受給者氏名 生年月日	国庫寄附金 本人・家族
通則内容	令和4年 1月1日（外）前年度	10,100 点	10,100 円 算
通則理由	長期負担者負担額エラー 人工透析の施設別負担額1万円を超えて公費負担国庫費を請求しています。		
処理方法	国庫支払額にレセプトの取手げ依頼をしてください。レセプトが戻りましたら特記事項欄に「102点」を記載 し、再請求してください。		
通則内容			
通則理由			
処理方法			

11

立憲自由の保障の程度は、表紙上にのらむ。

ADDITIONAL INFORMATION

[illegible]

いせやうと返答に上る海難救助についで、市井諸君やの意見相違を尋ね、連立四國外務の調子で、海難救助口のためいせやう山崎先生に「海難は、西遊の極大でいせやうの船で海難を不慮に救出せうといふ、海難救助の事については、お前がいふやうにせうとせよ。」

① 国庫券 東京朝日新聞社が日本銀行から国庫券の募集を依頼された。募集額は、国庫券の発行額に相当する。募集期間は、国庫券の発行日から起算して、1年以内である。募集額は、国庫券の発行額に相当する。募集期間は、国庫券の発行日から起算して、1年以内である。

東京の医療機関等

(1) 国庫分	安永青島国民健康保険団体育会会 社会保険部助産婦支払金いたる會社及び山形市南區
(2) 社庫分	

② 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の重複請求の場合は、各医療機関、自治体の医療費担当に確認し、正しく領収書を作成したとあるようが確認いたします。

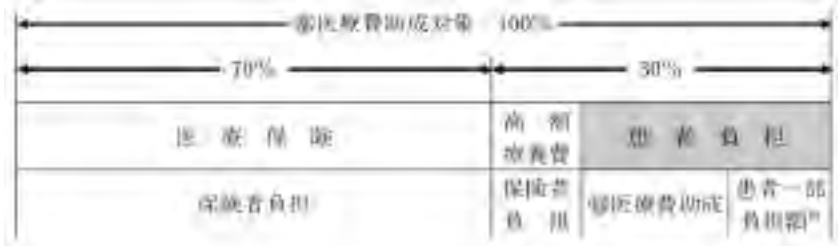
[illegible][illegible]

6. 医療保険との関係

(1) ⑧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

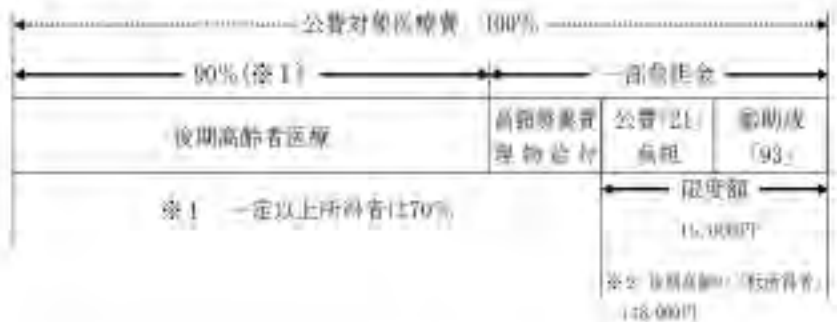


(2) 精神通院医療の場合

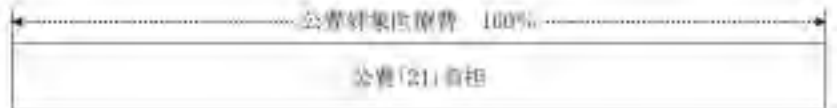
(例1) 市区及び区市町村国保及び組合国保の場合 ⇒ 医療保険が優先適用される。



(例2) 後期高齢者医療加入者の場合 ⇒ ⑧が優先適用される。



(例3) 生活保護法(医療扶助)



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」

Ⅷ 病院 外来診療 実日数3日(患者負担率8割(難病医療費の負担率)2割)

自己負担上限月額 10,000円 難病医療費集分5,000点(診察医療費も同点数とする。)

1 自己負担上限額管理表(記載内容)

令和5年1月分 自己負担上限額管理表					
受診者名	×××〇〇		受診者番号	0012568	
月額自己負担上限額 10,000円					
日付	医療機関名	診療費総額(円満額)	自己負担額	自己負担上限額(円)	徴収印
1月5日	〇〇〇〇病院	15,000円	3,000円	3,000円	㊟
1月5日	×××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	㊟
1月20日	〇〇〇〇病院	25,000円	5,000円	9,000円	㊟
1月20日	×××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	㊟
1月31日	〇〇〇〇病院	15,000円			㊟
※前月20日付額自己負担上限額に達した					
日付	医療機関名				徴収印
1月30日	×××薬局				㊟

1日 診療費総額 15,000円

7割	30%
医療保険 10,500円	患者負担 4,500円
保険者負担	医療費自己負担率(10%) 患者自己負担率(20%) ㊟

2日 診療費総額 25,000円

7割	30%
医療保険 17,500円	患者負担 7,500円
保険者負担	医療費自己負担率(10%) 患者自己負担率(20%) ㊟

3日 診療費総額 15,000円

7割	30%
医療保険 10,500円	患者負担 4,500円
保険者負担	㊟(医療費自己負担率) 1,000円

(計算式)

医療保険 10,500円

$[15,000 \times 0.7]$

患者負担 8,000円

$[15,000 \times 0.3] - 8,000 \text{円} \text{①} + \text{②}$

患者負担 8,000円 ①+②

$[15,000 \times 0.3 - 1,000 \text{円} \times 2 \text{割}]$

↑ 3日目の総点数

レセプト記載例

療養の給付	診療	診療費	公費	公費	一部負担率	円
	診療	15,000	△	○		
	公費①		△	○		
	公費②		△	○		
					8,000	

※ 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。

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4,000点とする。)

[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5年11月分自己負担上限額管理票					
受給者名	〇〇 〇〇		受給者番号	00123001	
11月自己負担上限額 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	自己負担の算出額(※)	負担円
1月5日	〇〇〇病院	20,000円	4,000円	4,000円	①
1月6日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	②
1月20日	〇〇〇病院	20,000円	4,000円	3,000円	③
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	④
1月31日	〇〇〇病院	15,000円			⑤
上記の11月月額は自己負担上限額に達しました。					
日付	指定医療機関名				負担円
1月20日	××薬局				④

1日目 医療費総額 20,000円

医療費総額	20%	20%
医療費総額 10,000円		患者負担 4,000円
保険者負担		患者一部負担額 4,000円 ①

2日目 医療費総額 20,000円

医療費総額	20%	20%
医療費総額 10,000円		患者負担 4,000円
保険者負担		患者一部負担額 4,000円 ②

3日目 医療費総額 15,000円

医療費総額	20%	20%
医療費総額 12,000円		患者負担 3,000円
保険者負担		③=医療費総額 10,000円

【計算法】

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)①+②]

患者負担 8,000円 ①+②

[5,500点-1,500点×2割]

↑ 3日目の総点数 ※ 公費①の欄に、医療費助成成分の患者一部負担額を記載する。

レセプト記載例

医療費の区分	品名	数量	単価	金額	注記
医療費	5,500				
公費①					
公費②					

事例3 「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」

○ 病院 外来診療 終日 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 難病医療対象点4,700点(後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5年1月分 自己負担上限額管理票					
受診者名	△△ ○○		生後者番号	0012568	
1月自己負担上限額 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	自己負担率(10割分1月分)	印
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	㊦
1月5日	△△薬局	15,000円	1,500円	3,500円	㊦
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	㊦
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円	㊦
1月31日	○○○病院	15,000円			㊦
上記の5日分1月自己負担上限額に達しました。					
日付	指定医療機関名				印
1月30日	△△薬局				㊦



【計算式】

後期高齢者医療制度 42,000円
[4,700点×9割]
難病医療 1,500円
[4,700点×1割+3,200円①+②]
患者負担 3,200円 ①+②
[4,700点-1,500点×1割]

レセプト記載例

医療費の 区分	医療 費	患者 負担	自己 負担	公費 負担
①	4,700	点	点	点
②		点	点	点
③		点	点	点

※ 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。

事例4「精神通院医療 精神通院医療「21」及び「93」の場合」

表日数1日

医療費 1,800点 精神医療分 1,200点

精神医療対象外分 600点

精神医療費負担(1,800円)

公費負担対象 90%		10%
70%		20%
医療保険 8,400円		精神公費 2,400円
保険者負担		患者 1,200円
		精神公費負担 (法別番号2)
		患者負担 (法別番号3)

精神医療対象外分 (6,000円)

70%	30%
医療保険 8,400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	601	7	

← 社会保険、後期高齢者医療制度、国民健康保険組合、区市町村国保の公費番号 21は1200円

療養の給付	保険	請求書	一部負担金額 円
	公費	※精神医療対象外の医療を記載	円
	公費①	1,200 5	1,200 円
	公費②		

※ 精神医療対象外分に傷を適用する場合、社保併用の傷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「21」 2,400円 [1,200点×2割]＝1,200点×2割]

患者負担「93」 1,200円 [1,200点×1割]

患者負担 1,800円 [600点×3割]

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日以後は減額とする。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き、自己負担金は、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。

実例 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円 後期高齢単価分 1,000円 精神通院医療分 1,400円

	後期高齢単価分	精神通院医療分	「93」助成分	自己負担額
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 後期高齢単価分 5,000円 精神通院医療分 7,000円

後期高齢	患者	後期高齢	助成金
4,500円	500円	6,500円	700円

2日目 後期高齢単価分 5,000円 精神通院医療分 7,000円

後期高齢	患者	後期高齢	助成金
4,500円	500円	6,500円	700円

計 後期高齢単価分 10,000円 精神通院医療分 14,000円

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

(レセプト記載例)

市町村	39	18	000	0
公費①	21	13	601	5
公費②	93	13	300	7

療養の給付	医療	請求額 2,400		一般負担金額 0円
	公費①	1,400		4,400
	公費②			

「計算式」

全額高齢 21,600円 (24,000円×9割)

「助成金「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 7)

区分	疾病名	対象者
難病等 (国疾病) 法別番号 51	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) 法別番号 83	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 リップル・トレノネー・ウェーバー 症候群 を除く。) 古典の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 原発性骨髄線維症 肝内結石症	一 疾病名の欄に掲げる疾病に患している者であ 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) (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 (先天性血液凝固因子欠乏 症等) 法別番号 51	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・ヴィルブラント病及び 血液凝固因子製剤の投与に起因す る HIV 感染症をいう。)	
特殊医療 (人工透析) 法別番号 82	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) 法別番号 51	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)
小児精神病 法別番号 82	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	以下のいずれにも該当する者 (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。

区分	疾病名	対象者
被爆者の子に対する医療 法別番号 82	(1) ～ (11) の障害を伴う疾病及びその続発症 (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 ※医療券に認定疾病名が記載されている。	以下のいずれにも該当する者 (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。
大気汚染関連疾病 法別番号 82	(1) 気管支ぜん息 (2) 慢性気管支炎 (3) ぜん息性気管支炎 (4) 肺気腫 (5) (1) ～ (4) の続発症	以下のいずれにも該当する者。 (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
妊娠高血圧症候群等 法別番号 87	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 法別番号 93	(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 法別番号 93	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 法別番号 38	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	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

【公費負担医療の手引より抜粋】

区分	疾病名	対象者
	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	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 法別番号 38	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」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」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

9. 現金給付（償還払い）

(1) 医療費

㊦医療費の受給者が、認定の申請中等で㊦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、東京都福祉局に支給申請を行い、㊦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. 231 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㊦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㊦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、㊦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〉

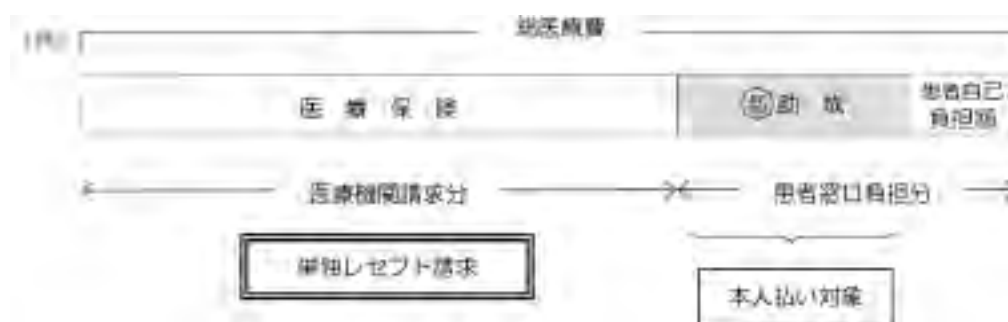
次の理由により、患者が医療機関等の窓口で支払った認定疾病に対する医療費は、患者本人等が東京都へ所定の申請書で申請することにより、返還を受けることができます。

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 ㊦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
- 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㊦医療券等の交付を受けた者が、届出等から減額後の㊦医療券等が交付されるまでの間に、減額前の㊦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㊦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。）。



○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。

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。

○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。

○特定疾病療養受療証について

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。

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限度額認定証の提示欄に記載してください。

119

★「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の留意事項について

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧

保険種別 区分	保険種別 区分	保険種別 区分	保険種別 区分	保険種別 区分	保険種別 区分	保険種別 区分	保険種別 区分
1. 保険診療 (保険診療)	2. 訪問看護ステーション (訪問看護ステーション)	3. 介護療養型医療施設 (介護療養型医療施設)	4. 入院 (入院)	5. 外来 (外来)	6. 調剤 (調剤)	7. 受診 (受診)	8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)
1. 保険診療 (保険診療)	2. 訪問看護ステーション (訪問看護ステーション)	3. 介護療養型医療施設 (介護療養型医療施設)	4. 入院 (入院)	5. 外来 (外来)	6. 調剤 (調剤)	7. 受診 (受診)	8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)
2. 訪問看護ステーション (訪問看護ステーション)	3. 介護療養型医療施設 (介護療養型医療施設)	4. 入院 (入院)	5. 外来 (外来)	6. 調剤 (調剤)	7. 受診 (受診)	8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)	
3. 介護療養型医療施設 (介護療養型医療施設)	4. 入院 (入院)	5. 外来 (外来)	6. 調剤 (調剤)	7. 受診 (受診)	8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)		
4. 入院 (入院)	5. 外来 (外来)	6. 調剤 (調剤)	7. 受診 (受診)	8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)			
5. 外来 (外来)	6. 調剤 (調剤)	7. 受診 (受診)	8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)				
6. 調剤 (調剤)	7. 受診 (受診)	8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)					
7. 受診 (受診)	8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)						
8. 1か月分の保険総点数 (1か月分の保険総点数)							

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧

医療機関コード(7桁)を必ず記入ください。

市属・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。

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。

- ① 「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。
- ② 「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。)
- ③ 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。
- ④ 「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。
- ⑤ 「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。
- ⑥ 「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。
- ⑦ 「左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る保険点数」は受給者証の有効期間内で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。
- ⑧ 「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. 232 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。

—224—

・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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_nanbyo.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（小児慢性特定疾病）」

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_kangan.html

【請求先】

東京都福祉局生活福祉部医療助成課

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もらってもよいのか。

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。

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軽症かつ高額の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、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

【公費負担医療の手引より抜粋】

→ 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) 54 の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の低い方の額を徴収する。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。

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、東京都福祉局のホームページ「難病ポータルサイト」に掲載されている。

<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/nanbyo/portal/index.html>

第14号様式（第1次調査）

（表）

（都） 区 市 町 村

被保険者番号											
住所番号											
性別	性別										
	氏名										
年齢	生年月日										
	(1)										
	(2)										
病名	(3)										
	(4)										
診断期間											
月別自己負担額											
負担割合	負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額
その他											

（5）月と（6）月を記入します。

東京都庁 第14号様式

この医療費は、次の医療に利用する。
療養（療養費）（1）費

第15号様式（第2次調査）

（表）

（都） 区 市 町 村

被保険者番号											
住所番号											
性別	性別										
	氏名										
年齢	生年月日										
	(1)										
	(2)										
病名	(3)										
	(4)										
診断期間											
月別自己負担額											
負担割合	負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額
その他											

（5）月と（6）月を記入します。

東京都庁 第15号様式

この医療費は、次の医療に利用する。
療養（療養費）（1）費

第16号様式（第3次調査）

（表）

（都） 区 市 町 村

被保険者番号											
住所番号											
性別	性別										
	氏名										
年齢	生年月日										
	(1)										
	(2)										
病名	(3)										
	(4)										
診断期間											
月別自己負担額											
負担割合	負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額
その他											

（5）月と（6）月を記入します。

東京都庁 第16号様式

この医療費は、次の医療に利用する。
療養（療養費）（1）費

第17号様式（第4次調査）

（表）

（都） 区 市 町 村

被保険者番号											
住所番号											
性別	性別										
	氏名										
年齢	生年月日										
	(1)										
	(2)										
病名	(3)										
	(4)										
診断期間											
月別自己負担額											
負担割合	負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額
その他											

（5）月と（6）月を記入します。

東京都庁 第17号様式

この医療費は、次の医療に利用する。
療養（療養費）（1）費

【公費負担医療の手引より抜粋】

都 医 療 券			
(本人負担有り)			
診療科目			
診療券番号			
診 察 科			
患 者 氏 名			
生年月日			
病 名			
治療内容			
給 付 内 容	上記療育費について医療保険金は、本人負担分のみ支払 し、その自己負担分当分の一部		
医 生 印 鑑			
上記のとおりを請求します。			
都 医 療 券 領 受 書			

多感又は心霊ワイキキ野矢（昭和）

担 医 療 券			
(医療制度・生活保護制度を申請する方へ)			
医療機関コード			
受給者番号			
所 属 市			
姓 名			
生年月日			
新 旧			
有効期間			
知 成 内 容	※本証は医療に付いて診療報酬請求、成人医療費助成請求し、入院 時の治療費（一部）を減額される時に使ってください。		
備 考 欄			

(記号の上は決定します。)

福 岡 県 西 部 庁

※ 本誌又はに際生ずる訂正（本誌側）は、[こちら](#)より。

[illegible]

1. 日本郵政の郵政サービス

第1 研 究 報 告 書																			
1.研究テーマ「動物性資源の持続可能な利用と環境負荷の低減に関する研究」																			
2.研究機関名「環境科学研究センター」																			
研究年度	<table border="1"> <tr> <td>2023年度</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									2023年度									
2023年度																			
研究部署	<table border="1"> <tr> <td>環境科学研究センター</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									環境科学研究センター									
環境科学研究センター																			
研究内容	研究分野	環境負荷低減技術の開発																	
	研究課題	持続可能な畜産システムの構築																	
研究目的	本研究の目的は、動物性資源の持続可能な利用と環境負荷の低減に関する研究を通じて、持続可能な畜産システムの構築を目指すことにある。具体的には、畜産廃棄物の処理技術の開発、飼料効率の向上、畜舎環境の改善などに取り組むことである。																		
研究内容	本研究では、畜産廃棄物の処理技術の開発、飼料効率の向上、畜舎環境の改善などに取り組むことである。具体的には、畜産廃棄物の処理技術の開発、飼料効率の向上、畜舎環境の改善などに取り組むことである。																		
研究の進捗	本研究は、2023年度から2024年度にかけて実施された。研究の進捗は、畜産廃棄物の処理技術の開発、飼料効率の向上、畜舎環境の改善などに取り組むことである。																		

11. 本報廣告刊例及刊例表請向本報廣告部索取。

二、四兩格律詩，其內涵與切韻詩不同，
格律與音律並重，韻律與聲律並重。
——陳運昌《〈詩經〉研究》

[illegible]

(26) 1071

（註）謝慶雄：〈政府採購之使用爭議〉，《中華採購學刊》第1卷第2期（1994年10月），頁105-110。

267

$$\begin{bmatrix} \text{期} & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 & 8 & 9 & 10 \\ \text{值} & 5 & 6 & 4 & 3 & 2 & 1 & 0 & 0 & 0 & 0 \end{bmatrix}$$

[illegible]

2
1
②

127

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

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「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
東京都 小児精神病	8 2 1 3 4 0 0 8	・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)
東京都 被爆の子に対する医療		
東京都 特殊医療（人工透析）	8 2 1 3 8 0 0 9	
東京都 妊娠高血圧症候群等	8 7 1 3 6 0 0 8	・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)
東京都 難病医療等	5 1 1 3 6 0 1 8	

※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。
- 東京都負担者番号・受給者番号欄は、1 件ごとに東京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。
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。
- 公費点分数欄は、東京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】 S1140404@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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都）

TEL 03-5320-4454

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

東京都福祉局

診療・調剤年月

令和 年 月 日

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医科 1 歯科 3 薬剤 4 看護 5

医療機関等所在地
名称（電話）
開設者

担当者名

内 訳

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 外 来	診 療 日 数	請 求 額 食事療養・ 生活費医療費負担額	公費分担率	備考
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	1
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	2
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	3
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	4
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	5
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	6
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	7
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	8
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	9
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	10
99999999	合 計					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 食事療養・生活費医療費負担額は、食事療養費標準負担額に食料、生活費標準負担額は生に〇印を付け、金額を記入して下さい。（法別番号または法と法の併用の場合のみ記入）。

リサイクル紙（B）

この用紙は、印刷・製本にリサイクル紙を使用しています。

東京都福祉局第10号様式

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）	8 3 1 3 6 0 1 0	・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。
70 歳以上で負担割合が 1 割（限度額適用認定証等の提示のない場合に限る）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。
- (8) 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。
- (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。
- (10) 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。
- (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】 S1140404@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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都）

TEL03-5320-4454

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

1 年 月 日

下記のとおりに請求します。

1 年 月 日

内科	外科	診療	看護
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者

③

担当者名

内 訳

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(4)	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	公費負担金 相 当 額	備考
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	1
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	2
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	3
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	4
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	5
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	6
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	7
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	8
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	9
8313			1割 2割 3割	入(3) + 外(4)	日	円 点 円	点	円	10
99999999		合 計				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、「83(35012)」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3割が負担対象となります。
この場合、食・生欄は、食事療養標準負担額に食に、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。

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㊦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、㊦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】 S1140404@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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都）TEL03-5320-4454

1.0名連立（カシ）

大気汚染関連疾病医療費請求書

医療機関等
コード

0

東京府知事 殿

診療・調剤年月

年 月 分

下記のとおり請求します。

年 月 日

出 科 調 剤

区医療機関所在地
名 称（通 称）

管 理 者

担当署名

どちらかに記して下さい。

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 外 科	診療 日 数	請求額	公費分点数	一般負担金 得 益 額	備考
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	1
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	2
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	3
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	4
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	5
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	6
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	7
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	8
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	9
82137			1割 2割 3割	入(3) - 外(4)	日	円	点	円	10
99999999	合 計		件			円			

(注) 1 請求書に、レセプトの「客」を添付してください。

2 一般負担金相和額の適用のため、自己負担限度額管理表の「否」の欄出をお願ひすることがあります。

3 請求者は、診療・調剤年月ごとに別添紙にしてください。

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
㊦ 難病医療（都単）	8 3 1 3 6 0 1 0

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) ㊦ 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、㊦ 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】 S1140404@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.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/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 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都） TEL03-5320-4454

10名連記 (イヌロー)

事業所コード
(医療保険)

3

介護給付費請求書

東京都知事 殿

介護年月 令和 年 月 日

下記のとおりに請求します。

令和 年 月 日

内科 外科 調剤 看護

医療機関等所在地
名称 (電 話)

開 院 者

担当署名

いづれかに○して下さい。

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 名称	別添日数	単位数 単 位	請求額	公費対象 単 位 数	一部負担金 額 円	備考
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	1
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	2
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	3
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	4
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	5
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	6
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	7
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	8
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	円	9
8 3 1 3			1割 2割 3割	施設(3) 在宅(4)	日	円	円	単位	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 請求書は、介護年月ごとに別添紙にしてください。

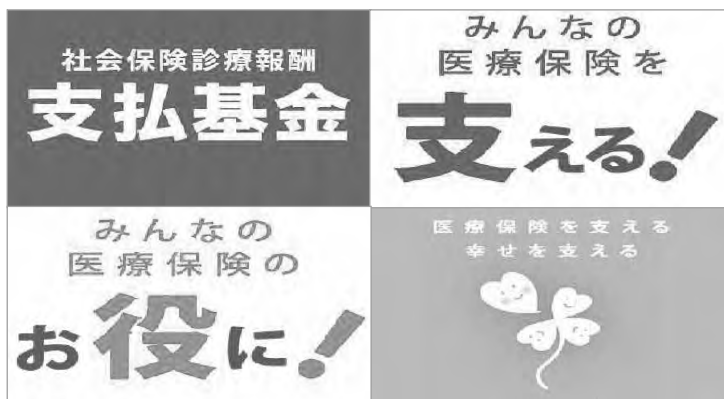
リサイクルマーク

事業所別別添紙日付様式

3．診療報酬請求書の留意点について

① 社会保険関係

オンライン請求等の現状について



関東審査事務センター事業管理課

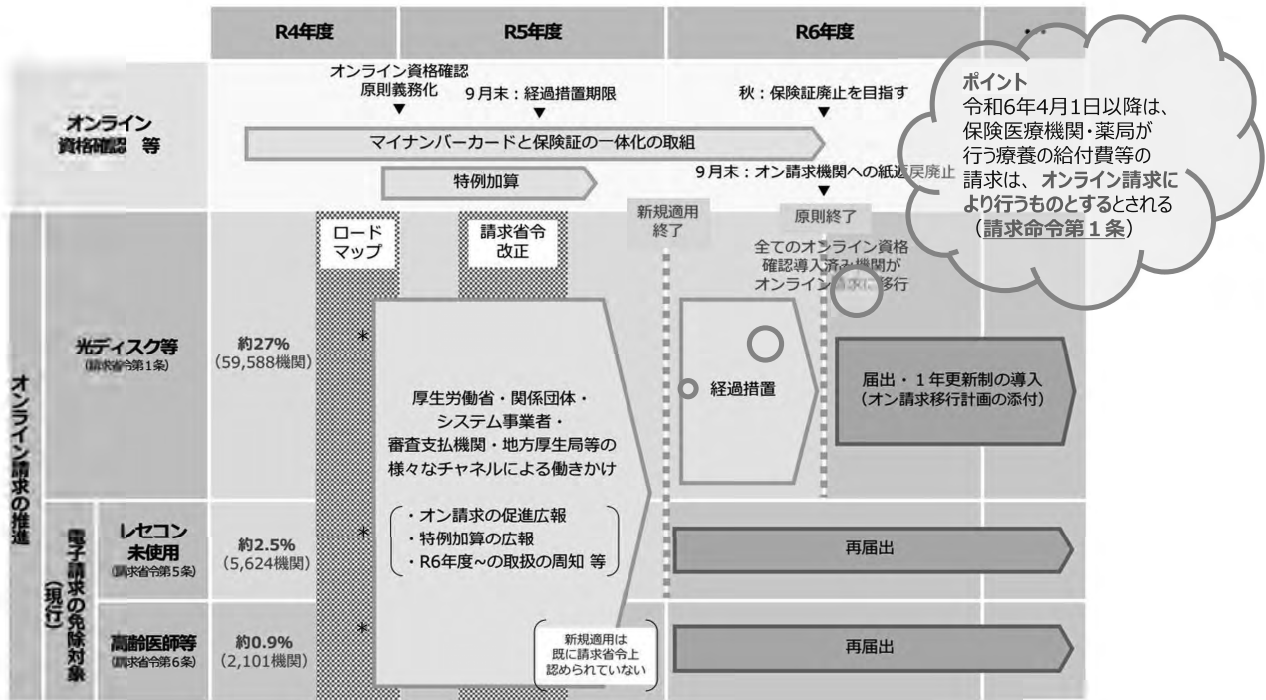


次第

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行
2. 返戻再請求のオンライン化についてのご案内
3. オンライン請求システムからのダウンロード
4. オンラインによる再審査等請求書の提出方法
5. 最後に（照会先のご案内）

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

▶ **オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ**（※月刊基金令和6年10月号より抜粋）
（令和5年3月23日第164回社会保障審議会（医療保険部会「オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ」より）

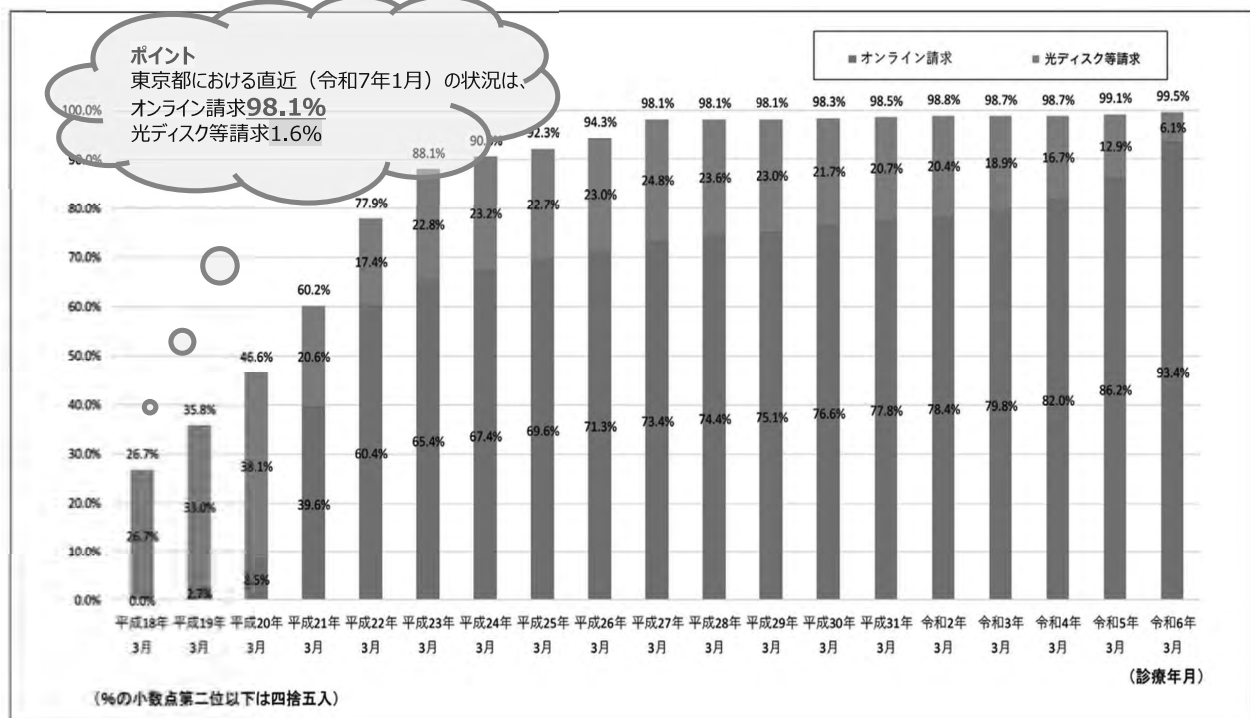


2

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

● 原審査における電子レセプト請求件数の普及状況の推移

（※月刊基金令和6年10月号より抜粋）



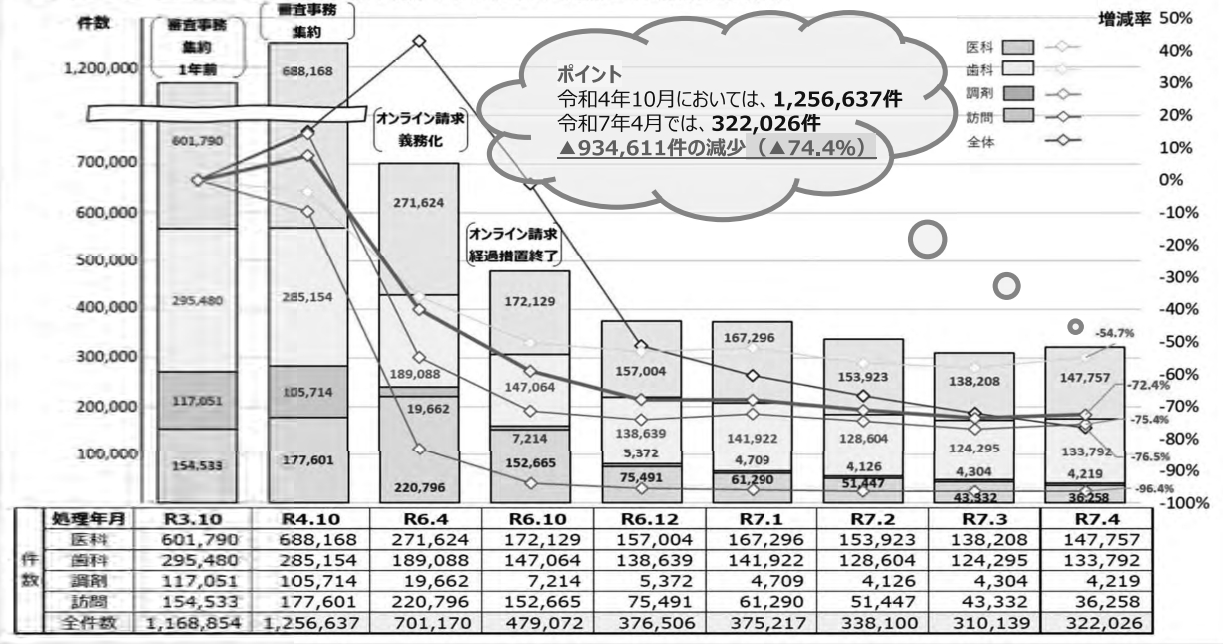
3

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

●点数表別 紙レセプトの請求状況

■ 点数表別の紙レセプト請求の実績

○ 棒グラフは点数表別の積み上げ、折れ線グラフはR3.10を起点とした点数表別増減率



4

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

●猶予届出の類型

(※月刊基金令和6年10月号より抜粋)

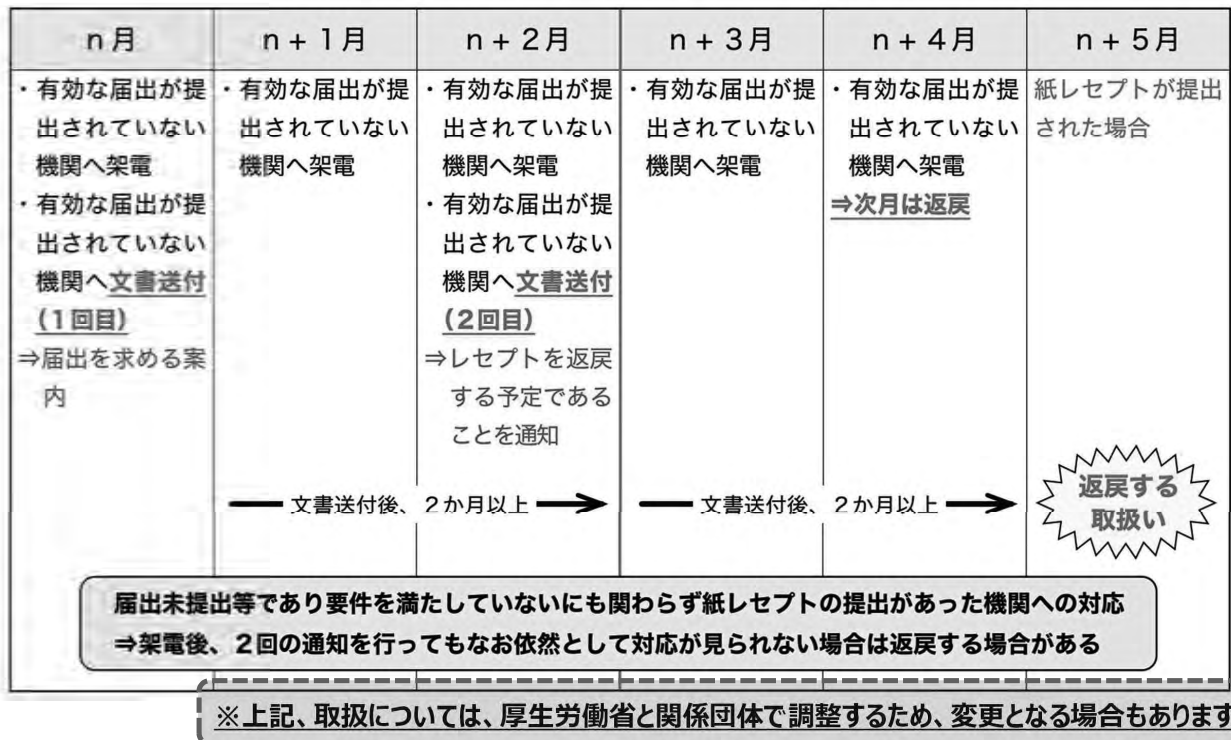
届出様式	類 型		備 考
様式第1号	光ディスク等を用いた請求に係る猶予届出書 兼 オンライン請求への移行計画書		令和6年10月請求以降も光ディスク等の請求を継続する場合の届出
様式第2号	書面による請求に係る猶予届出書	レセコン 未使用	レセコン未使用のため手書きの紙レセプトによる請求を継続される場合の届出
		高齢医師等	高齢医師等であり紙レセプトによる請求を継続される場合の届出
様式第3号	請求命令附則第4条第5項による猶予届出書 (臨時的に光ディスク等又は紙とする場合)		次の要件が認められる場合のオンライン請求の実施が困難な医療機関・薬局が臨時的に光ディスクや紙レセプトによる請求を行う際の届出 第1号：電気通信回線設備の障害 第2号：設備の契約は締結しているが作業が未完了 第3号：改築工事中 第4号：廃止又は休止予定 第5号：その他特に困難な事情

5

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

(※月刊基金令和6年10月号より抜粋)

●一定期間のイメージ（未届出で紙レセプト請求を行っている医療機関等について）



1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

(※月刊基金令和6年10月号より抜粋)

●ポップアップの一例

令和6年6月の照会確認結果より、オンラインで返戻再請求すべき返戻レセプトを紙で再請求した保険医療機関等に表示

審査支払機関から紙のみで返戻されたレセプト以外
全件オンラインによる返戻再請求を実施願います

本画面は、令和6年6月請求時において、オンラインで再請求すべき返戻レセプトを紙で再請求した保険医療機関・保険薬局の皆様へ表示しております。

オンライン請求の保険医療機関・保険薬局の皆様におかれましては、厚生労働省通知に基づき、毎月のオンライン請求に併せ、令和5年4月1日以降に行う返戻再請求も、診療・調剤年月にかかわらず、原則、オンラインにより請求することとされております。

貴院（薬局）におかれましては、「経過措置」の提出がない（以前に提出した「経過措置」期間を過ぎたものを含む）ことから、審査支払機関から紙のみで返戻されたレセプトを除き、全てダウンロードした返戻レセプト（返戻ファイル）及び再審査等返戻レセプト（再審査等返戻ファイル）でオンライン請求していただくようお願いいたします。

なお、令和6年10月以降、紙出力した返戻レセプトの送付廃止に伴い、返戻レセプトの再請求は、ダウンロードした返戻ファイル等によるオンライン再請求のみとなります。

ダウンロード失敗防止のため、下部の「確認したので閉じる」ボタンを押下後、ダウンロードしていない返戻ファイル等の有無を確認いただき、期限内に必ずダウンロードを行っていただくようお願いいたします。（令和5年4月請求分（5月発送）で返戻したレセプトのダウンロード期限は7月末となっています。）

※既に返戻ファイル等をダウンロードしている医療機関等についてもご案内しておりますのでご確認ください。

また、今後も電話等により対応状況を確認させていただく場合がありますので、ご了承ください。

【案件に関する問い合わせ】
・返戻再請求等のオンライン化及び経過措置に係る届出に関すること
支払基金 審査業務センター審査業務科 担当

○ 上記内容について確認しました

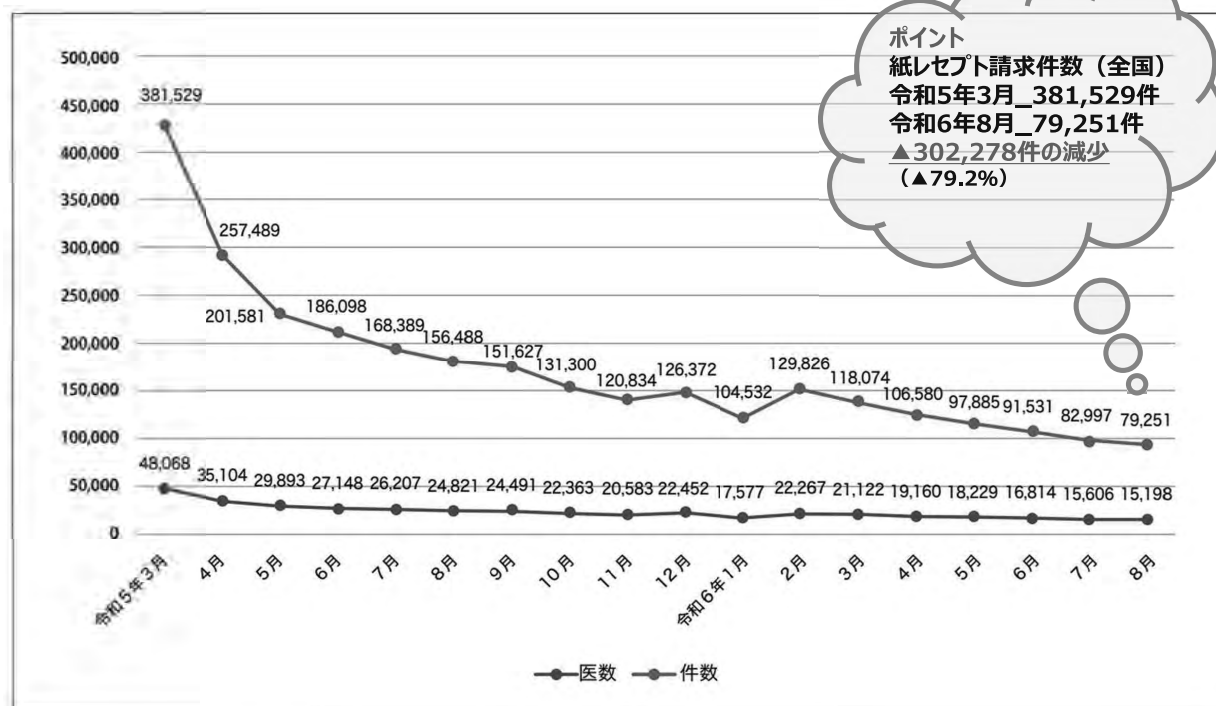
確認した方のみ閉じる

ポイント
オンライン請求システムに
ログインした際にポップアップにより、
大切なお知らせを表示しておりますので、
ご確認ください

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

●オンライン請求医療機関・薬局における紙レセプト請求件数の推移

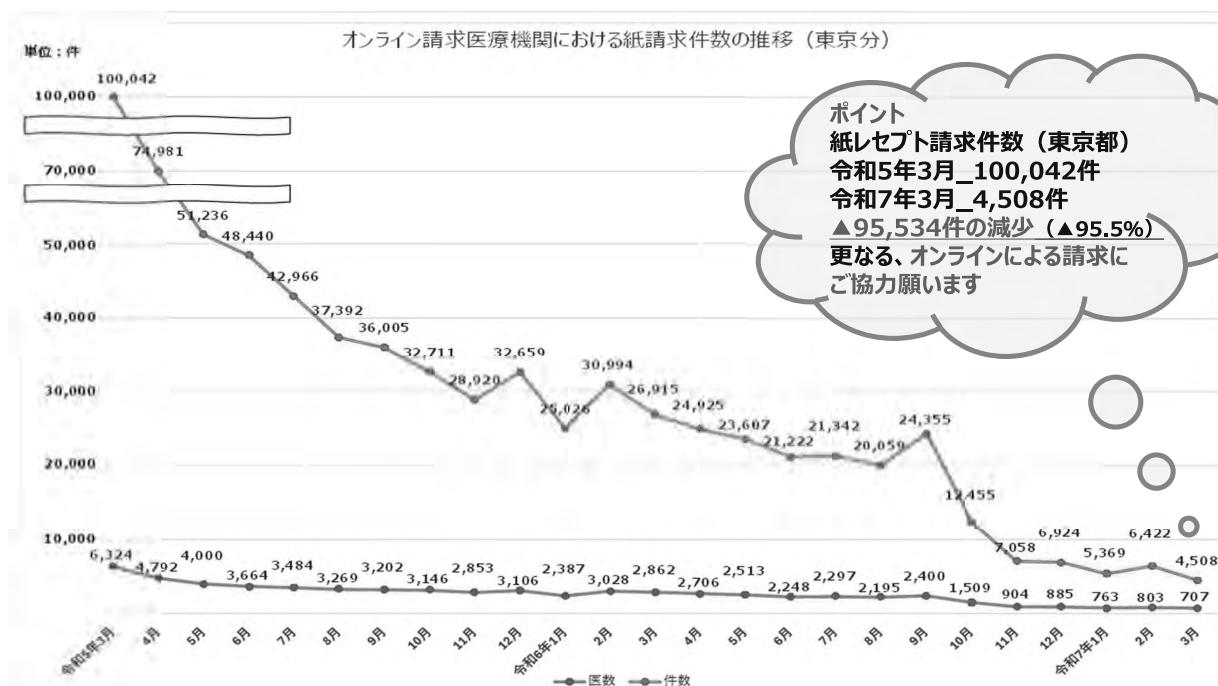
(※月刊基金令和6年10月号より抜粋)



8

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

●オンライン請求医療機関・薬局における紙レセプト請求件数の推移



9

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

● 症状詳記等の電子レセプト記録への協力依頼

(※月刊基金令和6年10月号より抜粋)



ポイント
令和5年1月23日付け
保連発0123第1号
厚生労働省保健局
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
されています

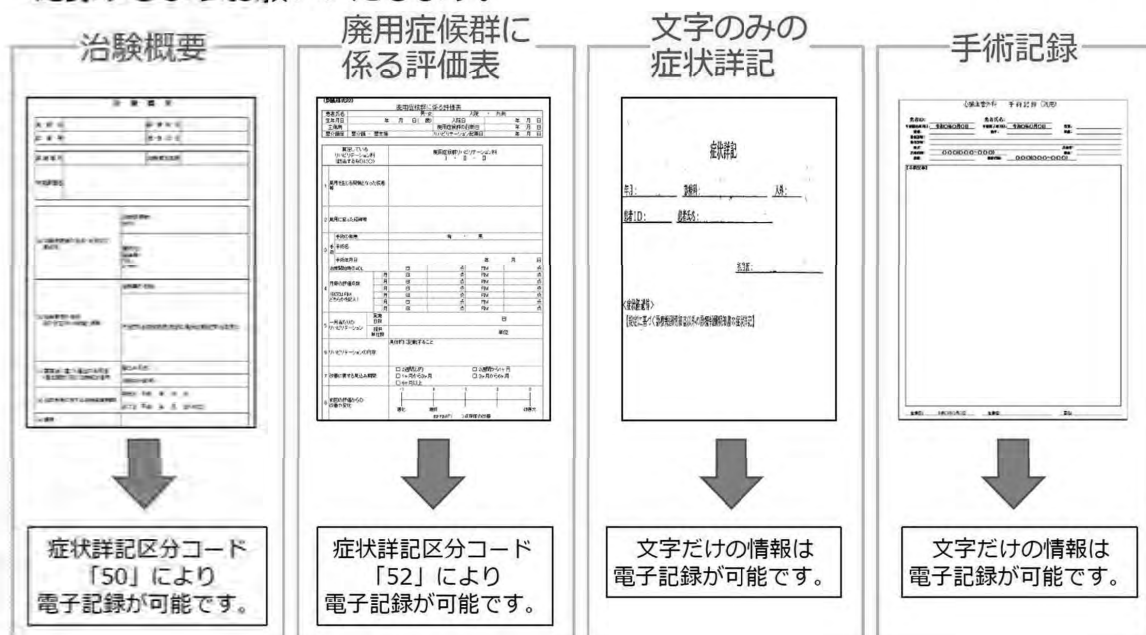
3
1

10

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

電子記録が可能な主な紙の添付資料

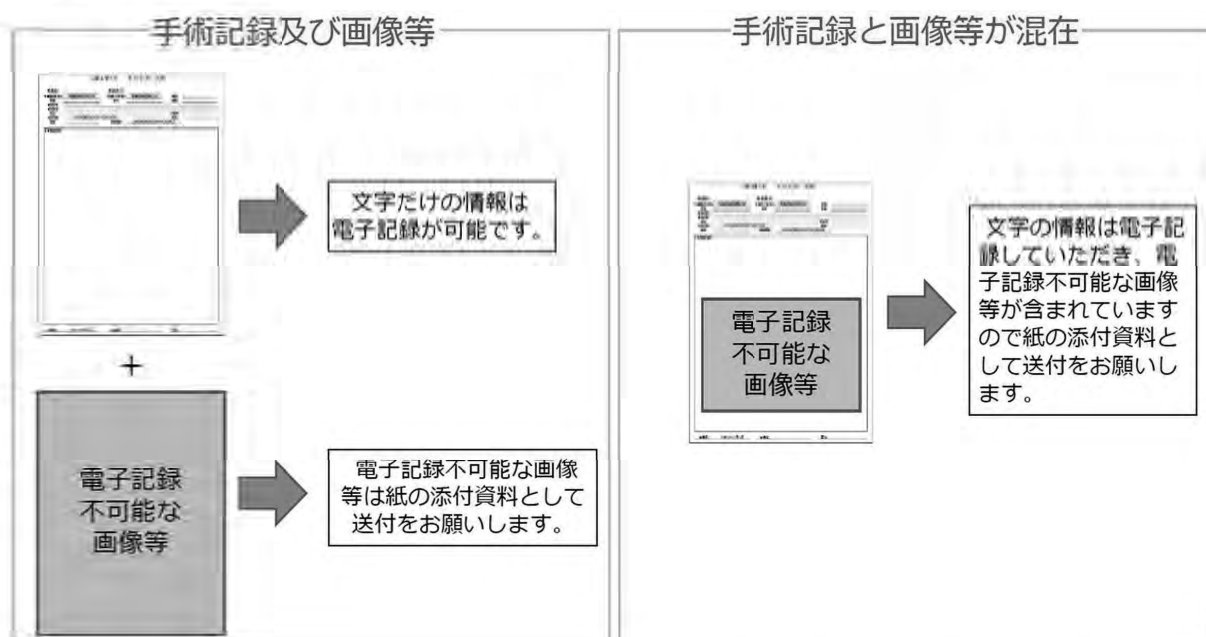
次の添付資料は電子記録が可能となりますので原則、電子で症状詳記レコードへ記録するようお願いいたします。



11

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

次のような添付資料の場合、電子記録が可能な文字の情報は電子記録を行い、電子記録不可能な画像等は紙の添付資料として送付いただきますようお願いいたします。



12

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

参考資料（※「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）令和6年6月版」より抜粋）

カ 症状詳細情報 症状詳細レコード					
項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“SJ”を記録する。	
症状詳細区分	数字	2	可変	1 別表 23 症状詳細区分コードを記録する。 2 同一症状詳細区分の症状詳細データを複数レコードにまたがって記録する場合は、後続レコードの症状詳細区分の記録を省略する。	
症状詳細データ	漢字	2400	可変	症状詳細区分コードに応じた症状詳細を記録する。	

注1 同一の症状詳細区分を複数記録する場合は、症状詳細の順に記録する。
2 症状詳細データ内で段落を分ける場合は、段落ごとに複数の症状詳細レコードに分けて記録する。

13

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

別表23 症状詳記区分コード

コード名		コード	内 容
症状詳記区分コード	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第1条第2項及び第3項の規定に基づく診療報酬明細書の場合	01	患者の主たる疾患（合併症を含む。）の診断根拠となった臨床症状
		02	患者の主たる疾患（合併症を含む。）の診断根拠となった臨床症状の診察・検査所見
		03	主な治療行為（手術、処置、薬物治療等）の必要性
		04	主な治療行為（手術、処置、薬物治療等）の経過
		05	診療報酬明細書の合計点数が100万点以上の場合における薬剤に係る症状等
		06	診療報酬明細書の合計点数が100万点以上の場合における処置に係る症状等
		07	その他
	治験概要の添付が必要な診療報酬明細書の場合	50	医薬品医療機器等法に規定する治験に係る治験概要
	疾患別リハビリテーションに係る治療継続の理由等の記載の必要な診療報酬明細書の場合	51	疾患別リハビリテーション（心大血管疾患、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器及び呼吸器）に係る治療継続の理由等の記載
	廃用症候群に係る評価表	52	廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合の、廃用をもたらすに至った要因等の記載
	上記以外の診療報酬明細書の場合	90	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第1条第2項及び第3項の規定に基づく診療報酬明細書以外の診療報酬明細書の症状詳記

14

1. 書面及び光ディスク等による請求からオンライン請求への移行

●保険医療機関・薬局からの請求形態に応じた変更点

返戻レセプト及び支払関係帳票の送付・配信		
保険医療機関・薬局からの請求形態	令和6年9月まで	令和6年10月から○
オンライン請求システムを利用している機関	「紙媒体」で送付 かつ 「オンライン請求システム」により 配信	オンライン請求システムにより 配信
・光ディスク等又は紙媒体により請求している機関 ・事務代行者を利用している機関 (返戻レセプトは除く)	紙媒体により送付	紙媒体により送付

ポイント
毎月、必ずダウンロードの対応をお願いいたします。
また、ダウンロード漏れのないよう
留意願います。

(※月刊基金令和6年10月号より抜粋)

15

2. 返戻再請求のオンライン化についてのご案内

(※厚生労働省HPより抜粋)

別添1

令和6年7月時点版

【オンライン請求を行う保険医療機関・薬局向け】

返戻再請求のオンライン化についてのご案内

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

16

2. 返戻再請求のオンライン化についてのご案内

(※厚生労働省HPより抜粋)

1. オンライン請求医療機関・薬局における返戻再請求のオンライン化についてのご案内

- 令和5年4月以降、オンライン請求医療機関・薬局については、原則オンラインにより返戻再請求を行うこととされています（令和6年9月末までは、やむを得ない場合に経過措置の届出を行うことにより紙による返戻再請求が可能）。
- オンライン請求医療機関・薬局において、令和6年9月末に紙による返戻レセプトの送付が終了となり※1、10月以降はオンラインによる返戻レセプト（返戻ファイル※2）のみとなります。返戻再請求についてもオンラインで行っていただく必要があります。
- 返戻ファイルのダウンロード期間は3か月（具体的な例は下表参照）となりますので、期間内にオンライン請求システムから返戻ファイルをダウンロードいただき、オンラインによる返戻再請求を実施いただきますようお願いいたします※3。
- なお、紙のみで送付される返戻レセプトについては、令和6年10月以降も引き続き紙による返戻再請求を行っていただくことになります。

薬局支払機関からの返戻送付月	紙返戻の送付	オンラインによる返戻	オンライン請求システム上でのダウンロード期限	(参考) 診療月	(参考) 原請求実施月 (オンライン請求システムにおける請求期間)
令和6年9月上旬	あり	あり	令和6年11月末	令和6年7月	令和6年8月 (8月5日～10日)
令和6年10月上旬	なし	あり	令和6年12月末	令和6年8月	令和6年9月 (9月5日～10日)
令和6年11月上旬	なし	あり	令和7年1月末	令和6年9月	令和6年10月 (10月5日～10日)

※1 電子情報処理組織等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて（令和5年1月23日付保連発0123第1号） <https://www.mhlw.go.jp/ntent/12400000/001042816.pdf>

※2 返戻ファイルは、再審査分の返戻ファイルも含みます。

※3 原請求をオンラインで実施していない医療機関・薬局（猶予届出を提出することで光ディスク等による請求及び紙レセプトによる請求を継続している医療機関・薬局）においては、令和6年10月以降も紙媒体で返戻レセプトが送付されます。

4

17

2. 返戻再請求のオンライン化についてのご案内

(※厚生労働省HPより抜粋)

2. 医療機関・薬局にてご対応いただきたいこと

- 返戻再請求をオンラインで実施するためには、レセプトコンピュータ（以下「レセコン」）がオンラインによる返戻再請求に対応しているかご確認いただく必要があります。
- まずはレセコンのシステムベンダにご確認・ご相談いただき、必要に応じてレセコンの改修を行うなど、オンラインによる返戻再請求を実施できるよう準備をお願いいたします。

**返戻再請求をオンラインで行うことができるよう、
各医療機関・薬局にて必要な対応をお願いいたします。**

ポイント
返戻再請求に対応可能となるよう、システムベンダーへのサポートの依頼をお願いいたします。



1. 現在ご使用のレセコンのシステムの確認

- ・ 現在ご使用のレセコンのシステムが、オンラインによる返戻再請求に対応しているかご確認をお願いいたします。令和6年10月以降はオンライン請求医療機関・薬局に対する紙媒体での返戻レセプトの送付を終了することとしており、経過措置も終了するため、それまでにオンラインによる返戻再請求に対応できるようにしていただく必要があります。



2. システムベンダへのサポートの依頼

- ・ 現在ご使用のレセコンのシステムがオンラインによる返戻再請求に対応しているかの確認やシステムの改修、レセコンやオンライン請求用端末の操作説明を受けるといった場合に、必要に応じてシステムベンダにサポートを依頼してください。

6

18

2. 返戻再請求のオンライン化についてのご案内

(※厚生労働省HPより抜粋)

3.【参考】オンライン請求に関する資料

3-1. 返戻再請求をオンラインで実施する具体的なシステム操作の方法（1/4）

- オンライン請求システム操作手順書※は、オンライン請求システムにおける請求事務の流れ及び各ステップにおける操作方法を詳細に説明した資料になります。
実際にオンライン返戻再請求を実施する際の具体的な手順については、操作手順書を参照ください。
- 次ページ以降、操作手順書を元に簡潔にオンライン返戻再請求に係る操作方法をまとめていますので、ご活用ください。

オンライン請求システム
操作手順書

【運用編】
「医療機関・薬局・訪問看護ステーション用」

令和6年7月版

社会保険診療報酬支払基金
都道府県国民健康保険団体連合会

オンライン請求システム操作手順書目次

- ・オンライン請求システムの流れ（請求・確認試験）
- ・Web画面によるレセプト訂正の流れ
- ・返戻再請求の流れ（請求・保険者の再請求等・確認試験）
- ・はじめに
- 1. 請求（受付）などの運用期間
- 2. ネットワークに接続する・ネットワークから切断する
- 3. ログインする
- 4. トップページ画面構成
- 5. レセプトデータをWebサイトへ請求する ……本資料P10, 11の内容
- 6. レセプトデータを訂正する（支払基金のみの機能）
- 7. 再審査等請求をWebサイトから行う
- 8. 各種帳票等をダウンロードする
- 9. 返戻レセプトをダウンロードする ……本資料P9の内容
- 10. レセプトデータの確認試験を実施する
- 11. お知らせを確認する
- 12. マニュアルを閲覧する
- 13. Q&A
- 14. 訂正可能な項目
- ・問合せ先

※ 支払基金HP「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>オンライン請求システム操作手順書
<https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/iryokikan/index.html#cms07>

8

19

2. 返戻再請求のオンライン化についてのご案内

(※厚生労働省HPより抜粋)

3.【参考】オンライン請求に関する資料

3-1. 返戻再請求をオンラインで実施する具体的なシステム操作の方法 (2/4)

<返戻ファイルのダウンロード※>

- ① 画面左の【返戻レセプト】ボタンをクリックし、【原審査分（医科）】・【再審査分（医科）】または【原審査分（DPC）】・【再審査分（DPC）】ボタンをクリックします。
※医療機関（歯科）、薬局の場合、【原審査分】・【再審査分】ボタンが表示されます。
- ② レセプトデータの【ダウンロード】ボタンをクリックします。
- ③ Microsoft Edge（Chromium）の場合、画面右上部にダウンロード状況及び結果が表示されます。



*画面キャプチャは医科・DPCにおける原審査分のもの例示しています。

返戻レセプトダウンロード (医科)

直近3か月分の返戻レセプトがダウンロードできます。

順番	処理年月	返戻レセプト件数	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和4年2月	1	未ダウンロード	ダウンロード
2	令和4年1月	1	未ダウンロード	ダウンロード
3	令和4年12月	1	未ダウンロード	ダウンロード

ポイント
返戻レセプトのダウンロード期間は
直近3か月間となりますので
ご注意ください。

※詳細はオンライン請求システム操作手順書P342-345（第9章 返戻レセプトをダウンロードする 9.1 審査支払機関からの返戻レセプトをダウンロードする）をご参照ください。

9

20

2. 返戻再請求のオンライン化についてのご案内

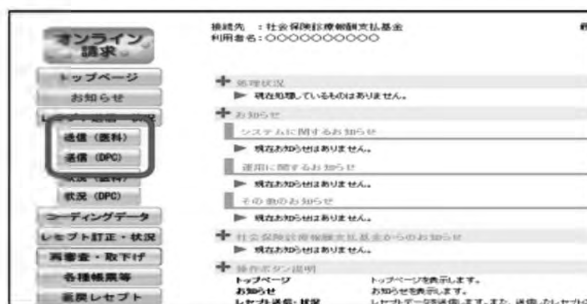
(※厚生労働省HPより抜粋)

3.【参考】オンライン請求に関する資料

3-1. 返戻再請求をオンラインで実施する具体的なシステム操作の方法 (3/4)

<返戻ファイルの修正・送信※>

- ① トップページ画面で【レセプト送信・状況】ボタンをクリックし、【送信（医科）】または【送信（DPC）】ボタンをクリックします。
※医療機関（歯科）、薬局の場合、【送信】ボタンが表示されます。
- ② 【実行】ボタンをクリックし、【参照】ボタンをクリックします。各医療機関でご使用のレセコンで修正した再請求用レセプトデータを、読み込み先（電子媒体、フォルダ等）を指定して【アップロード】ボタンをクリックします。
※前ページでダウンロードした返戻ファイルをご使用のレセコンに取り込み、返戻ファイルを修正いただく必要があります。
レセコンにおける請求データの作成等、レセプト修正に係る具体的な操作についてはシステムベンダにお問い合わせください。



*画面キャプチャは医科・DPCのもの例示しています。



※詳細はオンライン請求システム操作手順書P117-195（第5章レセプトデータを Web サイトへ請求する 5.1レセプトデータなどを送信する）をご参照ください。なお、本項の画面キャプチャはMicrosoft Edge(Chromium)版のものとなります。

10

21

(※厚生労働省HPより抜粋)

3.【参考】オンライン請求に関する資料

3-1. 返戻再請求をオンラインで実施する具体的なシステム操作の方法 (4/4)

＜送信した返戻ファイルの確認・請求の確定※＞

- ① 画面左の【レセプト送信・状況】ボタン、【送信】・【状況】より送信したレセプトデータに応じて【状況（医科）】または【状況（DPC）】ボタンをクリックします。
※医療機関（歯科）、薬局の場合、【状況】ボタンが表示されます。
- ② 「請求状況」画面が表示され、この画面で返戻レセプトの送信結果を確認します。
- ③ 請求状況を確認した結果、請求する場合は請求方法に応じて、該当する【請求確定】ボタンをクリックします。

[illegible]

11

22

2. 返戻再請求のオンライン化についてのご案内

➤ **ご注意願いたい留意点**

保険者等からの資格関係に係る返戻や、保険医療機関等からの取下げによる返戻のうち、請求点数に異動があったレプトについては、審査決定されているため診療行為等の修正や追記はできません。

なお、審査結果（査定）に対して申出がある場合は、保険医療機関等からの再審査請求で対応するようお願いいたします。

また、再審査返戻レセプトを再請求される際は、新たにレセプトを作成せずに、必ず再審査等返戻ファイルを使用して再請求レセプトを作成されるようお願いいたします。

ポイント

ただし、返戻再請求について審査支払機関が異なる場合

(例 国保から社保へ)は、返戻再請求用のファイルで送信する場合にエラーとなるため、一次請求用のファイルにてレセプトを再作成していただき請求願います。

23

3. オンライン請求システムからのダウンロード

(※支払基金HPより抜粋)

5 ダウンロード方法

1. オンライン請求システムからIDとパスワードを入力しログインしてください。

オンライン請求システム

社会保険診療報酬支払基金

診療（調剤）報酬・訪問看護療養費の請求を行う場合は請求ボタンを押して下さい。
作成したレセプトデータの試験を行う場合は確認試験ボタンを押して下さい。

請求

確認試験

請求期限は5日から10日まで、訂正可能期限は12日までです。
なお、当月の請求状況は、請求ボタンを押すことで5日から月末の翌、確認できます。

確認試験の利用期限は、5日から月末までです。

社会保険診療報酬支払基金

ユーザIDとパスワードを入力して下さい。

ユーザID

パスワード

ログイン

24

3. オンライン請求システムからのダウンロード

(※支払基金HPより抜粋)

2. 「各種帳票等」ボタンからは「増減点連絡書等」の帳票、「振込額明細」からは当座口座振込通知書及び支払調書（2月のみ）のダウンロードが可能です。
「返戻レセプト」ボタンからはレセプトのダウンロードが可能です。

帳票等のダウンロード画面

オンライン請求

トップページ

お知らせ

レセプト送信・状況

ユーザID/パスワード

レセプト訂正・状況

再審査・取下げ

各種帳票等

増減点連絡書等

振込額明細

返戻レセプト

パスワード変更

マニュアル

お問い合わせ

増減点連絡書等

【増減点連絡書等】ダウンロードボタン

▶【各種帳票等】⇒【増減点連絡書等】から、ダウンロードする処理年月の【ダウンロード】ボタンをクリックします。

▶【名前を付けて保存】画面が表示されます。ダウンロードファイルを任意の場所へ保存できます。

▶なお、ダウンロード完了後はダウンロード日の日時が表示されます。

振込額明細

【振込額明細】ダウンロードボタン

▶【各種帳票等】⇒【振込額明細】から、ダウンロードする処理年月の【ダウンロード】ボタンをクリックします。

▶【名前を付けて保存】画面が表示されます。ダウンロードファイルを任意の場所へ保存できます。

▶なお、ダウンロード完了後はダウンロード日の日時が表示されます。

返戻ファイル（返戻レセプト）のダウンロード画面

▶【返戻レセプト】から、ダウンロードする処理年月の【ダウンロード】ボタンをクリックします。

▶【名前を付けて保存】画面が表示されます。ダウンロードファイルは任意の場所へ保存願います。

返戻レセプトダウンロード（医師）

ダウンロード期間は毎月5日から月末まで（直近3か月分が取得可能）

直近3か月分の返戻レセプトがダウンロードできます。

処理	処理年月	返戻レセプト件数	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和6年10月	1	※ダウンロード	ダウンロード
2	令和6年11月	1	※ダウンロード	ダウンロード
3	令和6年12月	1	※ダウンロード	ダウンロード

保険医療機関並びに保険薬局に対するお知らせ

▶「支払基金からのご案内」等の支払基金から送付していた連絡文書については、令和6年10月からオンライン請求システム及び支払基金ホームページに掲載し、お知らせいたします。

25

3. オンライン請求システムからのダウンロード

(※支払基金HPより抜粋)

「支払調書」のダウンロード方法

オンライン請求システムの画面左の「各種帳票等」→「振込額明細」を押下し、振込額明細データダウンロード画面から、
処理年月「令和7年1月」の「当座口振込通知書等」をダウンロード願います。
ダウンロードしたZipファイルを解凍（展開）後、都道府県番号+点数表+医療機関コード（10桁）のファイル内に、支払調書のPDFが格納されます。
【ファイル名】
「03_」から始まるPDFが「当座口振込通知書」
「04_」から始まるPDFが「電子証明書発行料等領収証」
「05_」から始まるPDFが「支払調書」
※該当するファイルが存在しない場合は、当該ファイルは作成されません。

オンライン請求システムを利用されている 保険医療機関等の皆さまへのお知らせ

厚生労働省の通知^{※1}に基づき、令和6年9月末から「紙出力した振込レセプトの送付」が終了し、これに併せて10月送付分（9月請求分）から支払関係帳票等の送付を終了しています。
※1 令和5年1月23日付け厚生労働省保険局医療政策課長 保護第0123第1号

当座口振込通知書は支払日の翌日にオンライン配信していますので、オンライン請求システムからダウンロードしていただくようお願いいたします。

当座口振込通知書および支払調書のダウンロード方法

ダウンロード画面

ダウンロード手順

- ① 各種帳票等 ⇒ 【振込額明細】から、ダウンロードする処理年月の【ダウンロード】ボタンをクリックします。
② 【名前を付けて保存】画面が表示されます。
・ダウンロードファイルを任意の場所へ保存できます。
・なお、ダウンロード完了後はダウンロードした日付が表示されます。
③ ダウンロードしたZipファイルを解凍すると、指定したフォルダの中に医療機関（薬局、訪問看護ステーション）コードフォルダが作成されます。この医療機関（薬局、訪問看護ステーション）コードフォルダにPDFファイルが格納されています。

▶令和6年分の支払調書^{※2}は、令和7年2月22日（土）（2月の支払日の翌日）にオンライン請求システムで配信いたします。

なお、電子媒体又は紙レセプトで請求されている保険医療機関等については、2月25日（火）頃に送付いたします。
※2 支払調書とは、正式名称は「報酬、料金、契約金及び費金の支払調書」といいます。所得税法等に定められている報酬、料金、契約金及び費金の支払に関する報告、説明書に類する報告、説明書に類する報告のことです。

配信日（データ提供日）はこちらから確認できます
▶▶支払基金ホームページ → 年報日誌 → オンライン請求医療機関等データ提供日

26

3. オンライン請求システムからのダウンロード

当座口振込通知書等に対する管理者パスワードの設定について（令和7年6月5日（木）から）

当座口振込通知書等に対する管理者パスワードの設定についてのお知らせ

令和7年6月5日以降、オンライン請求システムから支払関係帳票をダウンロードする際に、「当座口振込通知書等」に対する管理者パスワードの設定が可能となります。
なお、管理者パスワードの設定は必須ではありません。本来の用途は、設定の必要はありません。

※ パスワード設定は任意です。本来の用途は、設定の必要はありません。画面にのみ使用できます。
※ パスワードの設定、変更及び削除は、全てのユーザーにおいて、いつでもご利用いただけます。
※ パスワード設定に係る詳細については操作手順書を参照してください。また、パスワード設定の解除については、お問い合わせください。

管理者パスワードを設定する

管理者パスワードを設定する際は、以下の手順に従ってください。

- ① オンライン請求システムトップページ画面（抜粋）
- ② 当座口振込通知書等をダウンロードするボタンをクリックします。
- ③ 管理者パスワードを設定する画面が表示されます。
- ④ 管理者パスワードを設定する画面で、管理者パスワードを設定します。
- ⑤ 管理者パスワードを設定する画面で、管理者パスワードを設定します。

※ 管理者パスワードを設定する際は、以下の手順に従ってください。

令和7年6月5日以降、管理者パスワードの設定が可能となり、「管理者パスワード設定」のボタンが追加されます。また、「設定」や「解除」の機能も追加されます。

※ 管理者パスワードを設定する際は、以下の手順に従ってください。

※ 管理者パスワードを設定する際は、以下の手順に従ってください。

管理者パスワード設定対象帳票

オンライン請求システムにおけるトップページ画面の「振込額明細」からダウンロード可能な次の帳票となります
なお、次の帳票以外については、管理者パスワードの設定対象外とし、新たに「審査結果関連データ等」のボタンを追加することから、当該ボタンを押下することでダウンロードが可能となります

- (1) PDFファイル
 - ア 当座口振込通知書
 - イ 報酬等支払調書
 - ウ 電子証明書発行料等領収証書
- (2) CSVファイル
 - ア 振込額合計CSVファイル
 - イ 振込額明細CSVファイル（電子レセプト分）
 - ウ 振込額明細CSVファイル（紙レセプト分）
 - エ 当座口振込通知書CSVファイル
- (3) Excelファイル
 - ア 振込額合計Excelファイル
 - イ 振込額明細Excelファイル（電子レセプト分）
 - ウ 振込額明細Excelファイル（紙レセプト分）
 - エ 当座口振込通知書Excelファイル

27

3. オンライン請求システムからのダウンロード

当座口振込通知書等に対する管理者パスワードの設定について（令和7年6月5日(木)から）

医療機関等情報登録画面

オンライン請求システムにおける管理者パスワードの初期化依頼書

オンライン請求システムにおける管理者パスワードについて初期化をお願いします。

氏 名： _____
電話番号： _____

医療機関等情報を入力してください。

水 野 区 分 (該当する項目に✓)	☐ 内科	☐ 歯科	医療機関等 種 別
	☐ 調剤	☐ 訪問	
医療機関等 名 称			
医療機関等 所 在 地			
開 業 日 付			
医 療 者			

※本画面は、オンライン請求システムに係るログインパスワードの初期化依頼書ではありません。

当座口振込通知書等のダウンロードに対する管理者パスワードを、保険医療機関等が任意に設定できる仕様に変更いたしました

不要の場合は設定の必要はありません

パスワードの設定、変更及び削除は、全てのユーザーにおいて、いつでもご利用いただけます
(毎月1日から4日を除きます)

パスワード設定に係る詳細については操作手順書を参照願います

※ パスワードを失念した等、本件に関するお問い合わせは、各都道府県審査委員会事務局へご連絡願います

28

3. オンライン請求システムからのダウンロード

(※支払基金HPより抜粋)

保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーション・特定健診等機関・助産所の皆さまへ

6 ▶オンライン請求医療機関等データ提供日

- ① 返戻レセプト及び再審査等返戻レセプト、増減点連絡書等(CSV)及び支払関係帳票(PDF)
- ② 振込額明細等(CSV)
- ③ 当座口振込通知書等(PDF)

診療月	①	②	③
令和 7年 2月診療分	令和 7年 4月 5日(土)	令和 7年 4月15日(火)	令和 7年 4月23日(水)
3月診療分	5月 5日(月)	5月15日(木)	5月22日(木)
4月診療分	6月 5日(木)	6月15日(日)	6月21日(土)
5月診療分	7月 5日(土)	7月15日(火)	7月23日(水)
6月診療分	8月 5日(火)	8月15日(金)	8月22日(金)
7月診療分	9月 5日(金)	9月15日(月)	9月23日(火)
8月診療分	10月 5日(日)	10月15日(水)	10月22日(水)
9月診療分	11月 5日(水)	11月15日(土)	11月22日(土)
10月診療分	12月 5日(金)	12月15日(月)	12月23日(火)
11月診療分	令和 8年 1月 5日(月)	令和 8年 1月15日(木)	令和 8年 1月22日(木)
12月診療分	2月 5日(木)	2月15日(日)	2月21日(土)
令和 8年 1月診療分	3月 5日(木)	3月15日(日)	3月24日(火)

ポイント
毎月の各配信日に、必ずダウンロードの対応をお願いいたします。また、ダウンロード漏れのないよう留意願います。

※配信から3か月間ダウンロードが可能です。

なお、①の増減点連絡書等(CSV)及び支払関係帳票(PDF)については、12か月間ダウンロードが可能です。

29

4. オンラインによる再審査等請求書の提出方法

(※支払基金HPより抜粋)

オンラインによる再審査等請求書の提出先及び提出方法

審査結果に対する再審査等請求書の提出方法

- オンライン請求医療機関等（訪問看護ステーションを除く）は、原則、オンライン請求システムによりご提出をお願いします。

オンラインによる再審査等請求を行う場合は、以下の①又は②の方法により再審査等請求ファイルを作成し、オンライン請求システムから送信してください。

① オンライン請求システムから「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」をダウンロードし、再審査等請求ファイルを作成

② 「医療機関再審査等請求ファイルレイアウト」を参照のうえ、再審査等請求ファイルを作成

※ ②による作成については、システム（レセコン）ベンダ等にご相談します。

→ **再審査等請求ファイル作成ツール（オンライン請求システム 操作手順書）**

→ **医療機関再審査等請求ファイルレイアウト（PDF:370KB）**

→ **医療機関再審査等請求時のエラーメッセージ一覧（PDF:136KB）**

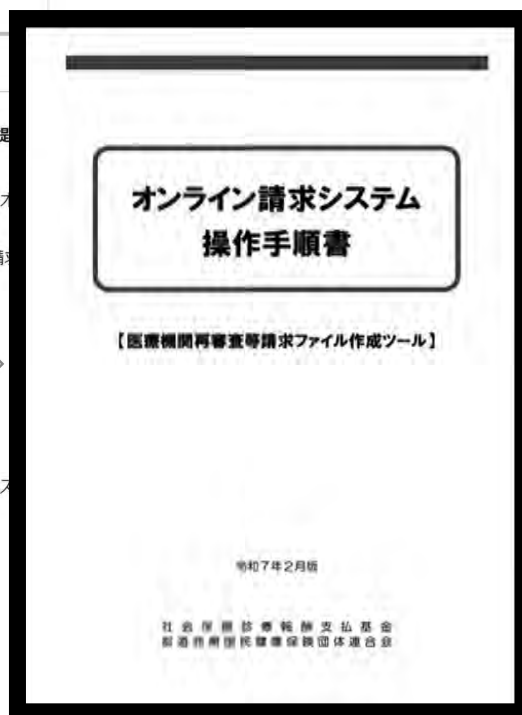
→ **サンプルデータ（再審査）（ZIP:457bytes）**

→ **サンプルデータ（取下げ）（ZIP:367bytes）**

※ オンライン請求システムにより送信する「再審査等請求ファイル」を作成するツールはオンライン請求システムのトップメニュー/マニュアルに掲載しています。

※ オンライン請求システムでのご提出が困難な場合は、郵送にてご提出ください。

※ 資料等を添付した上で再審査請求される場合は、郵送にてご提出ください。



30

4. オンラインによる再審査等請求書の提出方法

オンラインによる再審査等請求書の提出先及び提出方法

審査結果に対する再審査等請求書の提出方法

- オンライン請求医療機関等（訪問看護ステーションを除く）は、原則、オンライン請求システムによりご提出をお願いします。

オンラインによる再審査等請求を行う場合は、以下の①又は②の方法により再審査等請求ファイルを作成し、オンライン請求システムから送信してください。

① オンライン請求システムから「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」をダウンロードし、再審査等請求ファイルを作成

② 「医療機関再審査等請求ファイルレイアウト」を参照のうえ、再審査等請求ファイルを作成

※ ②による作成については、システム（レセコン）ベンダ等にご相談します。

→ **再審査等請求ファイル作成ツール（オンライン請求システム 操作手順書）**

→ **医療機関再審査等請求ファイルレイアウト（PDF:370KB）**

→ **医療機関再審査等請求時のエラーメッセージ一覧（PDF:136KB）**

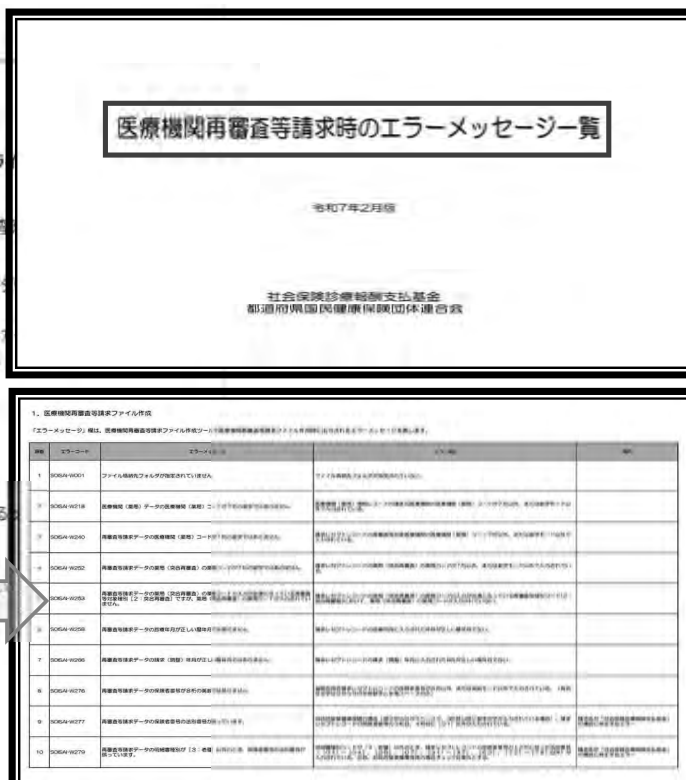
→ **サンプルデータ（再審査）（ZIP:457bytes）**

→ **サンプルデータ（取下げ）（ZIP:367bytes）**

※ オンライン請求システムにより送信する「再審査等請求ファイル」を作成するツールはオンライン請求システムのトップメニュー/マニュアルに掲載しています。

※ オンライン請求システムでのご提出が困難な場合は、郵送にてご提出ください。

※ 資料等を添付した上で再審査請求される場合は、郵送にてご提出ください。



(※支払基金HPより抜粋)

31

最後に（照会先のご案内）

ご清聴ありがとうございました

お問い合わせ等がありましたら、支払基金ホームページより担当者へ連絡をお願いします

【検索方法】

社会保険診療報酬支払基金のホームページ ⇒ 医療機関等照会連絡先 ⇒ 検索フォーム

「 県番号 」、「 医科 」、「 医療機関等コード 」を入力し、「 検索ボタン 」をクリックしてください。



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

オンライン請求について

基本事項

■オンライン請求の使用方法是操作手順書をご参照ください。

※操作手順書はオンライン請求から取得できます。

オンライン請求にログイン＞画面左の「マニュアル」ボタンをクリック＞閲覧するマニュアルのリンク文字列をクリック

■オンライン請求を使用するための電子証明書の発行及びパスワードの初期化は支払基金が行います。お問合せの際は支払基金までお願いいたします。

■オンライン請求への配信帳票及び配信メニューは国保連合会と支払基金で異なります。各審査支払機関のホームページをご参照ください。

【お問い合わせ先】

＜＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞＞ 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)

オンライン請求について

オンライン請求に関する届出

■オンライン請求を開始する場合、届出(申請)が必要となります。

医療機関等向け総合ポータルサイトから届出(申請)を行います。

医療機関等向け総合ポータルサイトから届出ができない場合は、「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」を書面で提出してください。書面の場合、国保連合会・支払基金、双方に提出が必要です。

※「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」は本会ホームページから取得できます。

ホーム＞保険医療機関等・柔整施術所の皆様＞3 オンライン請求について＞3-2 届出関係(オンライン請求関係)

▶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提出先(国保連合会)

国保連合会はFAXで受付しています。FAXで提出した場合、郵送は不要です。

FAX番号:03-6238-0097(送付書は不要です。)

郵送の場合は以下の住所まで送付願います。

〒102-0072 千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

【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)

オンライン請求について

レセプトデータの送信

■「送信」からUKEファイルを送信後、「状況」からエラー等の確認及び請求確定をお願いします。
請求確定したレセプトデータ件数は「オンライン受領書」を確認してください。

■レセプトデータを送信した際、「受付・事務点検ASP」と呼ばれる事前チェックが行われます。

■受付・事務点検ASPのエラーには受付不能と要確認があります。

受付不能: 請求確定しても受付されません。訂正後、送信（または次月送信）が必要です。

要確認: エラー内容を確認し、そのまま請求する場合は請求確定（エラー分含む）をクリックしてください。（請求確定（エラー分除く）では受付されません）

修正する場合は請求取消をして、再度「送信」から行ってください。

【お問い合わせ先】

＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞ 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）

3
1
②

オンライン請求について

レセプトデータの送信[受付・事務点検ASP結果リスト]

■エラー内容は、受付・事務点検ASP結果リストで確認します。
（操作手順書「5.2 請求状況を確認する」を参照）

令和7年3月診療分 請求状況（医科）

請求状況に「処理中」と表示され、受付処理が完了するまで時間を要する場合は、一旦オンライン請求システムを終了してお待ちください。
なお、オンライン請求システムを終了後も受付処理が行われております。

医療機関コード: 名称: 電話番号:

2025/4/11 10:36 現在 最新状況に更新

送信回	送信日	請求 確定日	診療科	請求 確定回	送信レセ プト件数	件数	要確認 件数	請求確定 件数	請求状況
1	4/8	4/8	—	1	0	2	0	2	請求済(エラー分含む)

受付不能または要確認件数に表示されている数字をクリックすると、受付・事務点検ASP結果リストが表示されます。

項目番号	エラーコード	エラー内容	エラー発生時刻	エラー発生回数	エラー発生状況	エラー発生場所	エラー発生原因	エラー発生対策	エラー発生結果	エラー発生日時	エラー発生ユーザ
1	001	【エラー発生】診療科目が不明なレセプトデータが送信されています。	2025/4/8 10:36	1	1	1	1	1	1	2025/4/8 10:36	システム管理部
2	002	【エラー発生】診療科目が不明なレセプトデータが送信されています。	2025/4/8 10:36	1	1	1	1	1	1	2025/4/8 10:36	システム管理部
3	003	【エラー発生】診療科目が不明なレセプトデータが送信されています。	2025/4/8 10:36	1	1	1	1	1	1	2025/4/8 10:36	システム管理部
4	004	【エラー発生】診療科目が不明なレセプトデータが送信されています。	2025/4/8 10:36	1	1	1	1	1	1	2025/4/8 10:36	システム管理部

【お問い合わせ先】

＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞ 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）

オンライン請求について

レセプトデータの送信[受付・事務点検ASP結果リスト]

■受付・事務点検ASP結果リストの見方

令和 7年 3月分 受付・事務点検

点検表：医科 郡市区番号： 医療機関コード： 名称 診療科： 送信回： 1

順番	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 種別	事項名	点数(誤) (正)
1		令和 7. 3 入院外		2170	【受付不能】公費受給者番号が記録されていません。 レセプト種別【1328】公費負担番号【01130012】公費受給者番号【1】レセプト内レコード番号【0003】レコード項目位置【002】			
2		令和 7. 2 入院外		3091	当該保険者で記録できる給付割合ではありません。	100		
3		令和 7. 3 入院外		3006	【受付不能】前払受給者一般又は後期高齢者一般レセプト及び前払受給者7割又は後期高齢者7割レセプトについて、特記事項に所得区分が記録されていません。			
4		令和 7. 3 入院外		4458	診療行為に対応しない診断科が記録されています。	60	細菌診断科 520×1	

エラー又は確認事項欄に【受付不能】がある場合、請求確定しても受付されない。
修正し、再請求する必要がある。

【受付不能】ではないので、記載内容を確認し、修正またはそのまま請求確定する。

エラー内容の補足が『事項名』欄に記載される。

【お問い合わせ先】

＜＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞＞ 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)

オンライン請求について

レセプトデータの送信[ASP結果リスト]

■ 受付・事務点検ASP結果リストの見方(つづき)

「エラー又は確認事項」に記載の内容では詳細が不明な場合、受付・事務点検ASPに係るチェック一覧をご覧ください。

＜一覧掲載場所＞

- オンライン請求＞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)
- オンライン請求＞マニュアル＞その他＞受付・事務点検ASPに係るチェック一覧(DPC)

■ チェック一覧等を確認しても理由が不明な場合は、担当部署へお問合せください。

▶オンライン請求操作方法、【受付不能】ASPエラー

☎: 03-6238-0456(システム管理課レセプト電算係)

▶オンライン請求の取り消し、【受付不能】以外ASPエラー

▶返戻及び増減点等各種帳票に係る問合せ先

☎: 03-6238-0011(大代表)

※地区により担当が異なるため、大代表にご連絡いただき、医療機関の所在地区をお伝えください。

【お問い合わせ先】

＜＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞＞ 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)

オンライン請求について

レセプトデータがオンラインで送信できない場合

■回線不具合等によりオンライン請求でレセプトの提出ができない場合は、電子媒体(CD-R等)で提出することができます。

<電子媒体で請求する場合に必要な書類等>

・総括請求書

・様式第3号(請求命令附則第4条第5項による猶予届出書)

※本会ホームページから取得できます。

ホーム>保険医療機関等・柔整施術所の皆様>3 オンライン請求について>3-2 届出関係(オンライン請求関係)

・CD-R等

※UKEファイルだけを入れてください。

フォルダの中にUKEファイルがあると受付できませんのでご注意ください。

【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)

オンライン請求について

返戻レセプト・各種帳票について

■ 令和6年10月(令和6年9月処理)から返戻レセプト等の紙媒体での送付は廃止しています。

・医療機関でオンライン請求から返戻レセプト及び各種帳票の取得をする必要があります。

・取得メニューや配信帳票等は国保連合会と支払基金で違います。

(審査支払機関の違いによるものであり、紙で送付していた帳票から変更はありません。)

・オンライン請求から取得できる期間は限りがあります、必ず期間内※に取得願います。

・期間を超過した場合、オンライン請求での再配信はできません。

※取得可能期間および掲載期間は、「■[配信日等](国保連合会)」を参照

【お問い合わせ先】

«オンライン請求システムの操作方法に関すること» 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)

オンライン請求について

返戻レセプト・各種帳票について

[紙媒体による送付に係る基準](国保連合会)

保険医療機関	国保連合会
オンラインでの請求あり	書面審査分の返戻レセプトを除いて、紙媒体での送付はありません。
オンラインでの請求なし	返戻レセプトや各種帳票がある場合は、紙媒体で送付します。

<留意事項>

回線不具合等により電子媒体でレセプトを提出した場合、「オンラインでの請求なし」と判断し、紙媒体で送付します。この場合、オンライン請求にもデータ配信されています。
返戻レセプトの重複再請求にご留意ください。

【お問い合わせ先】

<<オンライン請求システムの操作方法に関すること>> 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)

オンライン請求について

返戻レセプト・各種帳票について

■ [配信日等](国保連合会)

No	配信データ	取得可能期間	掲載期間	拡張子
1	返戻レセプト		3カ月	HEN、SAH
2	増減点連絡書	毎月5日～月末	12カ月	CSV
3	返戻内訳書			
4	資格確認結果			
5	振込額	毎月5日～月末	3カ月	PDF
		毎月15日～月末		

No2-4のPDFは振込額の月初に含まれます。

■ 振込額は、区分(月初・月中)で配信される帳票が違います。

No	配信データ	取得可能期間	区分	配信帳票
5	振込額	毎月5日～月末	月初	増減点連絡書、過誤調整結果通知 等 ※
		毎月15日～月末	月中	診療報酬決定通知書及び内訳書

※配信帳票はホームページに掲載しています。

【お問い合わせ先】

<<オンライン請求システムの操作方法に関すること>> 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)

オンライン請求について

返戻理由について

- 返戻理由が「その他」の場合はMDレコードをご確認ください。

返戻レセプトデータはレセコンに取り込んで確認・修正を行うものです。

レセコンに取り込んだ際に理由が「その他」となり詳細が不明な場合は、レセコンベンダにご相談ください。

国保連合会から配信しているレセプトデータにはMDレコードに理由詳細を記録しています。

【お問い合わせ先】

＜＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞＞ 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)

3
|
②

オンライン請求について

返戻再請求について

- 令和5年4月以降、オンライン請求の医療機関・薬局は、原則オンラインにより返戻再請求を行うことが厚生労働省通知※1で定められております。
- 令和6年10月以降は診療年月にかかわらず、オンラインによる返戻再請求を行っていただく必要があります。※2

※1:令和5年1月23日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課長保連発0123第1号

※2:紙のみで送付される返戻レセプトについては、令和6年10月以降も引き続き紙による返戻再請求を行っていただくこととなります。

＜留意事項＞

支払基金からの返戻レセプトを国保連合会へ再請求するとエラー※になります。社保から国保(又はその逆)の場合、新たにレセプトを作成し、月遅れレセプトとして送信してください。

(※エラー2118 履歴管理ブロックに返戻時の履歴管理ブロックと異なった内容が記録されています。)

【お問い合わせ先】

＜＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞＞ 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)

オンライン請求について

再審査依頼・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＞

医療機関にてツールをセットアップする必要があります。
セットアップ等に関する情報は操作手順書をご確認ください。

※当月請求分の取り下げ依頼は、オンライン請求からできません。

※ツール使用時のエラーについてはオンライン請求お知らせ掲載の「医療機関再審査等請求時のエラーメッセージ一覧」を参照してください。

※エラーメッセージ一覧を確認しても内容が不明な場合は、オンライン請求ヘルプデスクへお問い合わせください。【オンライン請求ヘルプデスク0120-60-7210】

● 操作手順書掲載場所

オンライン請求＞マニュアル＞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

【お問い合わせ先】

＜再審査依頼に関すること＞ 審査第1部審査共助管理課・審査共助進行課 03-6238-0011(大代表)電話交換手に所在地(〇〇区、〇〇市等)をお伝えください

＜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の操作方法に関すること＞ 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)

オンライン請求について

再審査依頼・取下げ依頼について

＜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＞

■ オンライン請求システムへ送信後の再審査・取下げ依頼について

再審査・取下げ依頼をオンライン請求で送信したら、「状況」を確認してください。

オンライン請求でファイルの受付が完了すると「受付中」になります。

その後、国保連合会で受付すると状況画面から消えます。

国保連合会で受付した再審査・取下げ依頼を取下げの場合は、担当部署へお問合せください。

依頼が処理されると帳票として結果が返ります。

返戻レセプトまたは各種帳票をダウンロードしてご確認ください。

【お問い合わせ先】

＜再審査依頼に関すること＞ 審査第1部審査共助管理課・審査共助進行課 03-6238-0011(大代表)電話交換手に所在地(〇〇区、〇〇市等)をお伝えください

＜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の操作方法に関すること＞ 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)

オンライン請求について

問合せ先

- 本会へお問合せの際は、下記及び本会ホームページをご確認ください。

▶オンライン請求操作方法、【受付不能】ASPエラー

☎：03-6238-0456(システム管理課レセプト電算係)

▶オンライン請求の取り消し、【受付不能】以外ASPエラー

▶返戻及び増減点等各種帳票に係る問合せ先

☎：03-6238-0011(大代表)

※地区により担当が異なるため、大代表にご連絡いただき、医療機関の所在地区をお伝えください。

▶再審査依頼・取下げ依頼

再審査依頼 ☎：03-6238-0011(大代表)

(審査第1部審査共助管理課・審査共助進行課)

※地区により担当が異なるため、大代表にご連絡いただき、
医療機関の所在地区(〇〇区、〇〇市等)をお伝えください。

取下げ依頼 ☎：03-6238-0330(審査第2部進行調整課過誤調整係)

【お問い合わせ先】

≪オンライン請求システムの操作方法に関すること≫ 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)

3
1
2

オンライン請求について

(参考)オンライン請求利用可能時間

	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
レセプト送信・請求確定					←					→																					
					5日-7日	8:00-21:00				8日-10日	8:00-24:00																				
受付・事務点検ASP結果の 訂正可能期間※					←					→																					
					5日-12日	8:00-21:00				(8日-10日	8:00-24:00)																				
確認試験					←																										
					5日-末日	8:00-21:00																									
返戻レセプトおよび振込額の 「月初」のダウンロード					←																										
					5日-末日	8:00-21:00																									
振込額の「月中」のダウン ロード															←																
															15日-末日	8:00-21:00															
再審査等請求ファイル送信 (再審査依頼・取下げ依頼)					←																										
					5日-末日	8:00-21:00																									

※受付・事務点検ASPにて、エラーとなったレセプトのみ送信可能です。

請求確定時にエラー分含むとした要確認分は受付がされているため11日、12日の送信はできません。

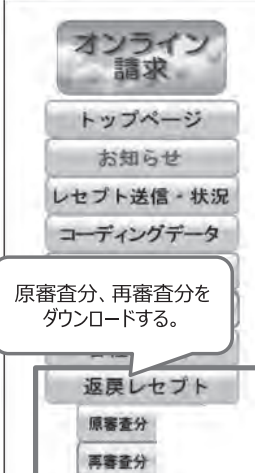
【お問い合わせ先】

≪オンライン請求システムの操作方法に関すること≫ 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)

オンライン請求について

(参考) 返戻レセプトダウンロード及び再請求

1. 返戻レセプトをダウンロードする(操作手順書「9. 返戻レセプトをダウンロードする」を参照)



〇補足
「ダウンロード日」欄には【ダウンロード】ボタンをクリックした年月日時が表示されます。
複数回クリックした場合は、最新の年月日が表示されます。

直近3か月分の返戻レセプトがダウンロードできます。				
項番	処理年月	返戻レセプト件数	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和X年2月	1	未ダウンロード	ダウンロード
2	令和X年1月	1	未ダウンロード	ダウンロード
3	令和X年12月	1	未ダウンロード	ダウンロード

【お問い合わせ先】
 <<オンライン請求システムの操作方法に関すること>> 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)

オンライン請求について

(参考) 返戻レセプトダウンロード及び再請求

1. 返戻レセプトをダウンロードする(操作手順書「9. 返戻レセプトをダウンロードする」を参照)

Microsoft Edge(Chromium)の場合



Internet Explorer の場合



〇補足
上記は1例です。ブラウザの種類、バージョンにより表示方法が異なる場合があります。

【お問い合わせ先】
 <<オンライン請求システムの操作方法に関すること>> 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)

オンライン請求について

(参考) 返戻レセプトダウンロード及び再請求

2. レセコンでレセプトデータを修正する

こちらの手順はご使用のレセコンベンダにお問合せください。

<留意事項>

支払基金からの返戻レセプトを国保連合会へ再請求するとエラー※になります。社保から国保(又はその逆)の場合、新たにレセプトを作成し、月遅れレセプトとして送信してください。

(※エラー2118 履歴管理ブロックに返戻時の履歴管理ブロックと異なった内容が記録されています。)

3. レセプトデータを再請求する(操作手順書「5. レセプトデータをWebサイトへ請求する」を参照)

通常のレセプト同様に請求します。

UKEファイルは当月請求分と再請求分で2ファイルとなっても問題ありません。

【お問い合わせ先】

<<オンライン請求システムの操作方法に関すること>> 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)

オンライン請求について

(参考) 各種帳票のダウンロード

1. “振込額”メニューからダウンロードする(操作手順書8.2.4振込額データをダウンロードする)を参照)

接続先 : □□ 国民健康保険団体連合会
利用者名 : ○○○○□□○○○○

オンライン請求

トップページ
お知らせ
レセプト送信・状況
コーディングデータ
再審査・取下げ
各種帳票等
増減点連絡書
返戻内訳書
資格確認結果
振込額

※補足
「ダウンロード日」欄には【ダウンロード】ボタンをクリックした年月日時が表示されます。
複数回クリックした場合は、最新の年月日が表示されます。

振込額ダウンロード

3か月分の振込額データがダウンロードできます。

項番	処理年月	区分	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和XX年10月	月中	未ダウンロード	ダウンロード
2	令和XX年10月	月初	未ダウンロード	ダウンロード
3	令和XX年9月	月中	未ダウンロード	ダウンロード
4			ロード	ダウンロード
5			ロード	ダウンロード
6	令和XX年8月	月初	未ダウンロード	ダウンロード

区分ごとにダウンロードが必要です。

【お問い合わせ先】

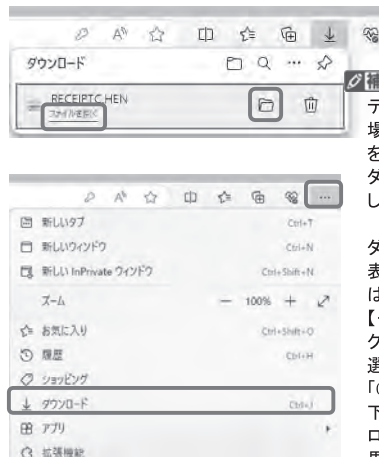
<<オンライン請求システムの操作方法に関すること>> システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456(直通)

オンライン請求について

(参考)各種帳票のダウンロード

1.“振込額”メニューからダウンロードする(操作手順書8.2.4振込額データをダウンロードする)を参照)

Microsoft Edge(Chromium)の場合



補足

データを確認する場合は、【ファイルを開く】又はフォルダアイコンをクリックしてください。

ダウンロード結果の表示が消えた場合は、画面右上部の【...】ボタンをクリックしダウンロードを選択するか「Ctrl+J」キーを押下するとダウンロード状況及び結果が表示されます。

補足

上記は1例です。ブラウザの種類、バージョンにより表示方法が異なる場合があります。

Internet Explorer の場合



補足

データを確認する場合は、【ファイルを開く】又はフォルダアイコンをクリックしてください。

＜留意事項＞“振込額”からダウンロードされるのはzipファイルです。解凍して参照してください。

【お問い合わせ先】

＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞ 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)

オンライン請求について

(参考)各種帳票のダウンロード

1.“振込額”メニューからダウンロードする(操作手順書8.2.4振込額データをダウンロードする)を参照)

補足

ZIPファイルの解凍方法は、ご使用の OS によって異なります。ここでは、Windows10 での解凍方法を説明します。



解凍すると、指定したフォルダの中に医療機関コード_処理年月_月区分フォルダが作成されます。

このフォルダの中にファイルが格納されています。



【お問い合わせ先】

＜オンライン請求システムの操作方法に関すること＞ 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)

オンライン請求について

(参考)医療機関再審査等請求ファイル作成ツールの入力値について

1.“振込額”メニューからダウンロードする(操作手順書8.2.4振込額データをダウンロードする)を参照)

保険者番号は8桁で入力する必要があります。

国保の場合、前に00を入れ、8桁にしてください。

都内国保の場合、記号に“ー”(ハイフン)があるため、数字含め、全角で入力する必要があります。

補足

他の入力値の問合せは担当部署※までお願いします。
(※問合せ先を参照)

【お問い合わせ先】

＜再審査依頼に関すること＞ 審査第1部審査共助管理課・審査共助進行課 03-6238-0011(大代表)電話交換手に所在地(〇〇区、〇〇市等)をお伝えください
＜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の操作方法に関すること＞ 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)

オンライン請求について

(参考)オンライン請求関係掲載先

掲載場所	掲載内容	掲載先
厚生労働省HP	保険医療機関・薬局におけるオンライン請求等	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190624_00001.html
国保中央会	受付・事務点検ASPに係るチェック一覧	https://www.kokuho.or.jp/inspect/
オンライン請求システムサポートサイト	ー	https://onlineseikyuu.jp/
診療報酬情報提供サービス	医科診療行為マスター オンライン請求又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様 等	https://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/
医療機関等向け総合ポータルサイト		https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=csm_index

【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)

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】

審査第1部 審査課 医科係 03-6238-0259

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。

特に入力誤りが多い事例【特定疾患処方管理加算】

【誤】

	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
20 投薬	F100-00	処方料（その他）	42点	120001210
	F400-00	特定疾患処方管理加算（処方箋料）	56点	120005710

【正】

	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
20 投薬	F100-00	処方料（その他）	42点	120001210
	F100-00	特定疾患処方管理加算（処方料）	56点	120005610

【誤】

	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
80 その他	F400-00	処方箋料（リフィル以外・その他）	60点	120002910
	F100-00	特定疾患処方管理加算（処方料）	56点	120005610

【正】

	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
80 その他	F400-00	処方箋料（リフィル以外・その他）	60点	120002910
	F400-00	特定疾患処方管理加算（処方箋料）	56点	120005710

【お問い合わせ先】

《記載内容に関すること》
審査第1部審査企画調整担当課
審査情報担当係
03-6238-0273(直通)

「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ください。

※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】

《記載内容に関すること》 審査第1部審査企画調整担当課審査情報担当係 03-6238-0273(直通)

レセプト請求時の留意事項①

悪性腫瘍確定後の腫瘍マーカー検査 <減点又は返戻の対象>

悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は、特定疾患治療管理料の悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、特定疾患治療管理料の悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できません。

ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、別に算定できます。

- ア 急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のためにエラスターゼ1を行った場合
- イ 肝硬変、HBs抗原陽性の慢性肝炎又はHCV抗体陽性の慢性肝炎の患者について、 α -フエトプロテイン(AFP)、PIVKA-II半定量又はPIVKA-II定量を行った場合(月1回に限る)
- ウ 子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的としてCA125又はCA602を行った場合(診断又は治療前及び治療後の各1回に限る)
- エ 家族性大腸腺腫症の患者に対して癌胎児性抗原(CEA)を行った場合

【お問い合わせ先】

審査第1部審査共助管理課・審査共助進行課 03-6238-0011(大代表) 電話交換手に所在地(〇〇区、〇〇市等)をお伝えください

レセプト請求時の留意事項②

「摘要」欄に係る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

電子レセプトによる請求の場合、該当するコードを選択する診療行為等がありますので、記載要領通知 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)」、別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等の一覧(検査値)」を参照のうえ、ご請求いただきますようお願いいたします。

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）【一部抜粋】

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
長期収載品の選 定療養に関する 取扱い	(長期収載品について、選定療養の対象とはせず、に、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事承認された効能・効果に差異があるため
	なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。		
	① 長期収載品と後発医薬品で薬事承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。	820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため
	② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等を要する医療上の必要があると判断する場合。	820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため
	③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。	820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため
	④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包装ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため

【お問い合わせ先】

《記載内容に関すること》 審査第1部審査企画調整担当課審査情報担当係 03-6238-0273(直通)

レセプト請求時の留意事項③

傷病名及び修飾語コードの入力について【お願い】

電子レセプト請求の傷病名コードについては、記録条件仕様により「傷病名に対応する7桁の傷病名コードを記録する。」とされております。今一度、以下の内容の請求データをご確認願います。

- (1) 「未コード化傷病名コード:0000999」ではなく、傷病名及び修飾語コードを入力願います。
- (2) 傷病名欄の1行に複数の未コード化傷病名の入力をご遠慮願います。
- (3) 主傷病については、主傷病コードを入力願います。
- (4) 傷病名に部位・左右・急性・慢性等の修飾語コードを入力願います。

※特に整形外科・耳鼻咽喉科・眼科的疾患

【お問い合わせ先】

《記載内容に関すること》 審査第1部審査企画調整担当課審査情報担当係 03-6238-0273(直通)

＜参考＞

ベースアップ評価料～計画・報告提出 Q&A について～

ベースアップ評価料 ～計画・報告提出 Q&Aについて～

公益社団法人 東京都医師会
事業部 医療保険課

ベースアップ評価料届出後の流れ

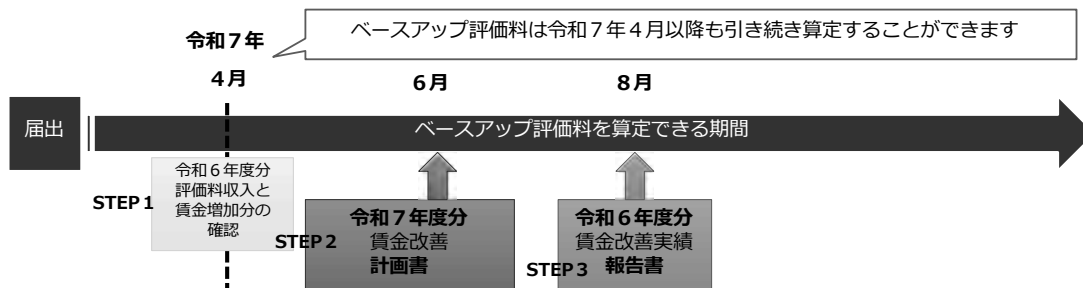
① 令和6年6月から令和7年2月までにベースアップ評価料の届出を行った場合※

※令和7年3月1～3日に届出を行い、
令和7年3月から算定を開始して
いる場合も含みます

STEP 1 令和7年3～4月に 令和6年度分（賃金改善開始～令和7年3月まで）の
「ベースアップ評価料収入」と「賃金改善措置による賃金増加分」を確認します

STEP 2 令和7年6月30日までに 令和7年度分の賃金改善計画書

STEP 3 令和7年8月31日までに 令和6年度分の賃金改善実績報告書 を提出してください。



② 令和7年3月以降にベースアップ評価料の届出を行った場合

令和7年度内に追加で提出する書類はありません。

（注意）

ベースアップ評価料（Ⅱ）と入院ベースアップ評価料を届出している場合には、上記とは別に3か月ごとに区分変更の確認が必要です

ベースアップ評価料の報告等について①

令和6年6月～令和7年3月までの間にベースアップ評価料を算定している場合(※令和7年3月から算定を開始している場合も含む)

- ① 令和6年度分(賃金改善開始月～令和7年3月)までの「ベースアップ評価料による収入」及び「賃金改善措置による賃金化増加分」を確認する。
- ② 令和7年度分(令和7年4月～令和8年3月)までの「賃金改善計画書」を作成し、令和7年6月30日までに関東信越厚生局東京事務所へ原則メールで提出する。
(※令和7年6月以前の提出は不可。作成方法等はスライド7～10枚目を参照)
- ③ 令和6年度分(賃金改善開始月～令和7年3月)までの「賃金改善実績報告書」を作成し、令和7年8月31日までに関東信越厚生局東京事務所へ原則メールで提出する。
(※令和7年8月以前の提出は不可。作成方法等はスライド11～15枚目を参照)



2

参考

ベースアップ評価料の報告等について②

令和7年4月以降にベースアップ評価料を算定している場合(※令和7年4月から算定を開始している場合も含む)

- ◆施設基準の届出時に令和7年度分の「賃金改善計画書」を提出済みのため、作成は不要です。
- ◆令和7年度中に追加で提出する書類はありません。
※令和7年度分(令和7年4月～令和8年3月)の「賃金改善実績報告書」は令和8年8月中に関東信越厚生局東京事務所へ原則メールで提出します。
(令和7年8月以前の提出は不可)

<注意>

ベースアップ評価料(Ⅱ)又は入院ベースアップ評価料を届出している場合には、届出年度に関わらず3か月毎に区分変更の確認が必要です。



3

STEP 1 令和7年3～4月

令和6年度分「ベースアップ評価料収入」と「賃金増加分」の確認①

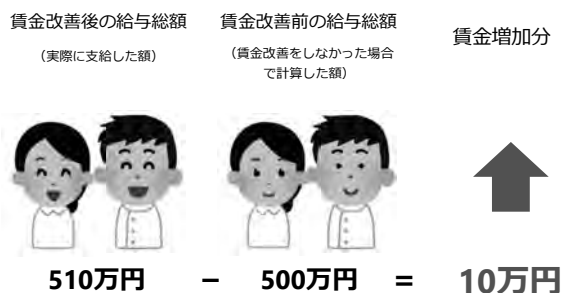
令和7年度分の「賃金改善計画書」作成（STEP 2）と令和6年度分の「賃金改善実績報告書」作成（STEP 3）に向けて、令和6年度分に各医療機関・ステーションが得た「ベースアップ評価料収入」と各医療機関が実施した「賃金改善措置による賃金増加分」を確認しておきましょう。

①ベースアップ評価料収入（ベースアップ評価料算定金額）の集計

ベースアップ評価料の算定を開始してから令和7年3月までの、ベースアップ評価料収入の金額を集計します
レセプト作成にあたって医事会計システム（レセプトソフトなどを含む）をお使いの医療機関・ステーションは、システムからベースアップ評価料の請求金額もしくは算定回数が集計が可能かどうかを確認してください

②賃金改善措置による賃金増加分（賃金改善実績額）の計算

賃金改善をしたことによるベースアップ評価料対象職員の賃金増加分（全員の合計額）を計算します



ポイント

- ・賃金増加分は「賃金改善後の給与総額」から「賃金改善前の給与総額」を引くことにより計算します
- ・本評価料におけるベースアップ（ベア等）及びベースアップ評価料による賃金改善分に含めることができるものについては、次ページ以降の参考①②をご覧ください

4

STEP 1 令和7年3～4月

令和6年度分「ベースアップ評価料収入」と「賃金増加分」の確認②

令和7年度分の「賃金改善計画書」作成（STEP 2）と令和6年度分の「賃金改善実績報告書」作成（STEP 3）に向けて、令和6年度分に各医療機関・ステーションが得た「ベースアップ評価料収入」と各医療機関・ステーションが実施した「賃金改善措置による賃金増加分」を確認しておきましょう。

③①の「ベースアップ評価料収入」と②の「賃金改善措置による賃金増加分」の差額を計算

差額を参考にしながら、必要に応じて、令和7年度の賃金改善計画における対象職員へのベア等の金額を見直すことができます。

もし②<①になっている、つまり「ベースアップ評価料収入分」に余りが出ている場合には、余り分は令和7年度に繰り越して、令和7年度の賃金改善分に用いる必要があります。令和7年度の賃金改善計画において、繰り越し分+令和7年度の「ベースアップ評価料算定金額見込み」により、ベア等の金額（対象職員の基本給等にかかる1か月の賃金改善見込み額）を再度調整してください。

令和7年度の「賃金改善計画書」の書き方については「STEP 2」でご説明します。

5

ベースアップ評価料の報告等について

ベースアップ評価料の「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」等のデータは、厚生労働省のホームページよりダウンロード可能

【厚生労働省】ベースアップ評価料等について

(※各様式の記載例等も掲載されています)

厚生労働省ホームページ



◆ 賃金改善計画書

「2. 届出様式(医療機関用)」

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届出する場合(評価料Ⅰ専用届出様式)
- 上記以外の場合(従来版様式)

◆ 賃金改善実績報告書

「7. 賃金改善実績報告書様式(医療機関用・訪問看護ステーション用)」

- 病院及び有床診療所用
- 診療所及び歯科診療所用

【提出先】関東信越厚生局 東京事務所

✉ baseup-hyoukaryou13@mhlw.go.jp

上記アドレスに作成したデータを添付し、本文等に医療機関名及び連絡先を記載してメールで提出する。メールでの提出が不可能な場合は郵送での提出も可能。

6

参考

STEP 2 令和7年4～6月

令和7年度分「賃金改善計画書」の作成・提出 ① 様式の種類

ベースアップ評価料を届け出ている医療機関・ステーションは、「賃金改善計画書」を毎年4月に作成して、6月30日までに、地方厚生(支)局に届け出る必要があります。

「賃金改善計画書」は、届出様式のExcelファイルに含まれています。

ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届出している医療機関・ステーションは評価料Ⅰ専用届出様式を用いてください。



評価料Ⅰ専用届出様式

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届出する場合に用いることができるシンプルな様式です。

従来版様式

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)のほか、同評価料(Ⅱ)や入院ベースアップ評価料を届出する場合に用いる様式です。

7

STEP 2 令和7年4～6月

令和7年度分「賃金改善計画書」の作成・提出 ② 評価料Ⅰ専用届出様式

ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届出している医療機関・ステーションは、評価料Ⅰ専用届出様式を用いて「賃金改善計画書」を作成します。

「賃金改善計画書」の作成

ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届出している医療機関・ステーション

評価料Ⅰ専用届出様式を用いて届出を行ってください。

評価料Ⅰ専用届出様式を用いる場合は、「別添」シートを記載すれば「賃金改善計画書」も完成します。

様式の記載方法は、ベースアップ評価料特設ページに掲載されている資料も併せてご覧ください。

評価料（Ⅰ）専用届出様式（医療機関用）

「別添」シートを記載すると「賃金改善計画書」シートも同時に記載されます

8

STEP 2 令和7年4～6月

令和7年度分「賃金改善計画書」の作成・提出 ② 評価料Ⅰ専用届出様式

STEP 1での「ベースアップ評価料収入」と「賃金改善措置による賃金増加分」の差額計算の結果、「ベースアップ評価料収入」に余りが出ている場合には、繰り越し分を含めた金額で「賃金改善見込み額」を設定してください。

「賃金改善見込み額」の設定について

- 「別添」シートの1～5を記載します。
- 令和6年度の「ベースアップ評価料収入」の余り分を「⑩ベースアップ評価料による算定金額の前年度からの繰越予定額」欄に記載します。（余りがない場合は⑩は0円でOKです）
- 「6 賃金改善実施期間」の⑬には「令和7年4月」を、⑭には「令和8年3月」を記載してください。
- 「⑫1か月当たりの外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定金額の見込み」に、ベースアップ評価料の令和6年度からの繰越分と令和7年度の収入分の1か月あたりの金額が計算されます。
- ⑫の金額を参考に、「7 対象職員（全体）の賃金改善見込み額」を設定してください。

訪問看護ステーションも同様に記載してください

「賃金改善見込み額」には、ベースアップ評価料による賃金改善を行う前の時点からの賃上げ分を記載します。例えば、ベースアップ評価料による賃金改善を、毎月定額の手当によって行っている医療機関・ステーションについては、その手当部分が「賃金改善見込み額」となります。

③～⑩により計算される1か月当たりの算定金額見込み額
42,000円
+
賃金改善実施期間における⑩の1か月あたりの金額
48,000円÷12月=4,000円
= 46,000円

⑦ 対象職員（全体）の賃金改善見込み額
⑧ 対象職員（全体）の標準給与に1か月の賃金改善見込み額
30000円
⑨ ⑧に円高率、時間外手当等の増加分見込み額（標準給与の増加分に円高率を乗じた額）
10000円
（参考）法定福利費等支出見込み額を含む賃金増加分見込み額
40000円
⑫ ⑧+⑨+⑩
46000円

9

STEP 2 令和7年4～6月

令和7年度分「賃金改善計画書」の作成・提出 ③ 提出方法

ベースアップ評価料を届け出ている医療機関・ステーションは、「賃金改善計画書」を毎年4月に作成して、6月30日までに、地方厚生（支）局に届け出る必要があります。

「賃金改善計画書」の提出

「賃金改善計画書」の作成が完了したら、これまでの届出時と同様に、専用メールアドレス宛に届出様式のExcelファイルを送付してください。ファイル名には医療機関又はステーションコードを含めてください。

ファイル名の例：「9999999_ベースアップ評価料計画書提出.xlsx」

専用メールアドレスは、都道府県ごとに設定されていますので、送付先を間違えないように注意してください。各都道府県の専用メールアドレスは、次ページもしくは厚労省ウェブサイトのベースアップ評価料特設ページをご覧ください。

「賃金改善計画書」の内容周知

「賃金改善計画書」の内容については、各医療機関・ステーションの対象職員に周知を行ってください。



10

参考

STEP 3 令和7年8月

令和6年度分「賃金改善実績報告書」の作成・提出 ① 様式

前年度にベースアップ評価料を届け出ている医療機関・ステーションは、前年度分の「賃金改善実績報告書」を作成して、8月31日までに、地方厚生（支）局に届け出る必要があります。

ベースアップ評価料特設ページに掲載されている「報告書専用様式」のExcelファイルを用いて、賃金改善実績報告書を作成してください。医療機関等の種別によって、記載すべきシートが異なりますので、注意してください。

（従来版の届出様式内の報告書シートを用いることもできますが「報告書専用様式」の方が作成しやすいです）

報告書専用様式

- 病院及び有床診療所用
- 診療所用（医科・歯科共通）
- 訪問看護ステーション用

📌 ベースアップ評価料特設ページ

7. 賃金改善実績報告書様式（医療機関用・訪問看護ステーション用）

ベースアップ評価料の届出を行っている医療機関及び訪問看護ステーションは、毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を確認するため、「賃金改善実績報告書」を以下の様式により作成し、地方厚生（支）局等に報告する必要があります。

なお、従来版のベースアップ評価料届出様式（Excel形式）の報告書シートを用いて、報告を行うことも可能です。従来版様式を用いて報告を行う場合は以下の注意点を確認の上で、報告を行ってください。

報告書専用様式（医療機関用）

- 病院及び有床診療所用
- 診療所及び歯科診療所用

報告書様式 ☒ 記載用

報告書専用様式（訪問看護ステーション用）

- 訪問看護ステーション用

報告書様式 ☒ 記載用

令和7年4月以降にベースアップ評価料の算定を開始した医療機関・ステーションは、令和6年度分の賃金改善実績報告書の提出は不要です

11

② 医療機関情報

例では（病院及び有床診療所）賃金改善実績報告書を用います

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE AF AG										AR					
別添												202503様式書様式(病)			
① (病院及び有床診療所) 資金改善実績報告書(令和 6 年度分)												報告対象年度を記載します			
保険医療機関コード 1234567 保険医療機関名 ●●病院 所在地 都道府県 住所 東京都 千代田区霞が関X-X-X 連絡先 担当者氏名 電話番号 03-XXXX-XXXX												半角数字7桁で記入してください 例:0123456 ※小数字やカンマなどの記号は含めないでください 医療機関が所在する都道府県を選択してください(右の欄外に届出様式提出先の電子メールアドレスが表示されます)		医療機関名を記載してください 全角文字で記載してください × ●●カンク ○ ●●クリニック 医療機関の所在地の住所を記載してください	
1. 資金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間												様式提出先のメールアドレス↓			
(1) 資金改善実施期間												報告書届出における注意			
令和 6 年 6 月 ~ 令和 7 年 3 月												10 ヶ月			
(2) ベースアップ評価料算定期間															
令和 6 年 4 月 ~ 令和 7 年 3 月												12 ヶ月			
②															

12

③ 評価料収入

Ⅱ-1. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】		(3) 外来・在宅ベースアップ評価料【I】等による収入の実績額	50,000円	期間中に発生し、収入となった実績額の合計を記載します。	期間中に発生し、収入となった実績額の合計を記載します。
		(4) 外来・在宅ベースアップ評価料【II】等による収入の実績額	0円		
		(5) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	1,000,000円		拡大していない場合は「0」と記録してください。
		(6) ベースアップ評価料による収入の実績額【(3)+(4)+(5)】	1,050,000円		該当しない場合は「0」と記録してください。 ※セルは、自動計算されるため、記載不要です。
Ⅱ-2. ベースアップ評価料による収入の繰越状況					
※ ペア等は、基本給又は決まっております毎月支払われる手当の引上げを行い、定期昇給はありません。					
(7) 翌年度への繰越予定額		50,000円	(8) の金額のうち、翌年度への繰越予定額を記載します。(6) の全額をペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(6)-(7)+(8)】	1,040,000円	令和6年度分報告時は0円となります。前年度にベースアップ評価料を算定している、前年度からの繰越がある場合にはのみ記載します。
(8) 前年度からの繰越額（令和7年度分報告時のみ記入）		40,000円			
(9) ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(6)-(7)+(8)】		1,040,000円			
(10) (9)について全てペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当しているか。		☒	問題なし ◎		

ベースアップ評価料による収入の実績額（翌年度への繰越予定額相当分を除く）のうち、「職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等」に充当できていない分があれば、その金額は翌年度のベア等の費用に充てる必要があります。充当できていない分の金額を「（７）翌年度への繰越予定額」に計上したうえで ☒ をしてください。この繰越分については、翌年度の報告書では「前年度からの繰越額」に計上し、報告を行ってください。

13

各記載欄に表示される「メモ」を参考に入力してください

「診療所用」様式では「看護職員」「薬剤師」「看護補助者」「歯科衛生士」「その他」の職種の記載は不要です。

○ 以下、基本給等総額については1ヶ月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

※ ベア等の定義はⅡ-2を参照のこと。

※ 「うち定期昇給相当分」は、【賃金改善実施期間（1）の開始月】において定期昇給を実施する場合にのみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「0」と記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅲ. ベースアップ評価料対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

(11) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	80.0
(12) 賃金改善した後の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	18,450,000 円
(13) 基本給等に係る賃金改善実績額（1ヶ月分）	450,000 円
(14) (13) のうち定期昇給相当分	90,000 円
(15) (13) のうちベア等実施分【(13) - (14)】	360,000 円
(16) ベア等による賃金増率【(15) ÷ ((12) - (13))】	2.0 %

Ⅳ. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

(17) 看護職員等の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	80.0 人
(18) 賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月】	12,300,000 円
(19) 基本給等に係る賃金改善実績額（1ヶ月分）	300,000 円
(20) (19) のうち定期昇給相当分	60,000 円
(21) (19) のうちベア等実施分【(19) - (20)】	240,000 円
(22) ベア等による賃金増率【(21) ÷ ((18) - (19))】	2.0 %

【記載上の注意】 4

「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする）。

シート末尾の【記載上の注意】4を参照のこと。

ベースアップ評価料の初回算出時点での「賃金改善しなかった場合」の基本給等総額からの、基本給等総額の増加分を記載します。

14

参考

最後に提出日と開設者名を記載して、専用メールアドレス宛に様式のExcelファイルを提出してください。

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 7 年 8 月 2 日 開設者名： 開設者名

提出時の注意点

- メール提出時、メールに添付するExcel ファイルのファイル名に医療機関又はステーションコードを記載してください。

例) 9999999_ベースアップ評価料報告.xlsx

- メール本文にも、署名等により医療機関又はステーション名及び連絡先を記載してください。
- メールには、様式以外のファイルは添付しないでください。
- メールアドレスを持っていない等やむを得ない事情がある場合には、書面で提出してください。

15

よくある質問(ベースアップ評価料)

Q ベースアップ評価料について、賃上げ目標となる数値(2.5%)をクリアしなかった場合、医療機関が数値(2.5%)までの不足金額をベースアップとして職員へ支給するのか？

→賃上げ目標の数値(2.5%)は、あくまで政府が掲げている目標であり、数値に到達していないからといって、罰則等はありません。ただし、ベースアップ評価料に係る収入は全て対象職員へのベースアップに充当する必要があります。

Q 医療事務や看護助手は対象職員に該当するか？
また、事務員は対象職員に該当するか？

→施設基準で「専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等の医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行うものは含まれない。」とされており、「医療に従事する職員」が対象とされているため、看護助手や事務員であっても、患者の移送介助など、少しでも医療に従事していれば、対象としてよいと考えられます。

Q ベースアップ評価料は次回の診療報酬改定以降も継続するのか？

→現時点で、継続されるかどうかは示されていません。



16

よくある質問(ベースアップ評価料)①

Q 令和7年度分の「賃金改善計画書」を提出する際、届出書添付書類の提出が必要か？

→以下の場合には提出が必要となります。

①令和7年3月時点で、評価料(Ⅰ)のみを算定している医療機関が、「評価料Ⅰ専用届出様式」のデータを用いて、令和7年4月以降の「賃金改善計画書」を提出する場合

②令和7年3月時点で、評価料(Ⅱ)又は入院ベースアップ評価料を算定している医療機関が、区分変更と同時に「評価料Ⅰ専用届出様式」のデータを用いて、令和7年4月以降の「賃金改善計画書」を提出する場合

※「評価料Ⅰ専用届出様式」のデータを用いて「賃金改善計画書」を作成する場合、データの仕様上「届出書添付書類」を作成する必要がありますが、提出は不要です。

Q 届出時点で、「評価料の算定期間」を令和6年6月～令和8年3月としているが、令和7年度分の「賃金改善計画書」を提出する際に届出を提出し直す必要があるのか？

→評価料(Ⅰ)の場合は、届出直しは不要。

評価料(Ⅱ)の場合は3月毎に該当区分を見直し、変更がある場合は届出直しが必要。

※届出時に定めた「評価料の算定期間」を超えて算定する際は、改めて届出が必要と考えられます。詳しくは関東信越厚生局東京事務所へご確認ください。
(例：「評価料の算定期間」を令和6年6月～令和7年3月までとしていたが、令和7年4月以降も継続して算定する場合)



17

よくある質問(ベースアップ評価料)②

Q 中途入職や退職等の関係で届出時に提出した「賃金改善計画書」に変更があった場合、改めて「賃金改善計画書」を提出しなければならないのか？

→「賃金改善計画書」の再提出は不要ですが、再提出しても問題ありません。
届出時に作成した「賃金改善計画書」の内容と8月に提出する「賃金改善実績報告書」の内容が異なっている場合、実際に行った賃金改善実績を含めた内容が「賃金改善実績報告書」に記載されていれば問題ありません。

Q 令和7年度分の「賃金改善計画書」を提出する際は、「従来様式」または「評価料Ⅰ専用届出様式」のどちらでもよいのか？

→評価料(Ⅰ)のみを届出ている場合は、どちらの様式でも提出可能
評価料(Ⅱ)又は入院ベースアップ評価料を届出ている場合は、「従来様式」を用いて提出すること

Q 届出時に記載した算定期間中に評価料の届出の取り下げを行った場合、「賃金改善実績報告書」を提出する必要があるのか？
(例:令和6年6月～令和8年3月を算定期間としていたが、令和7年12月で届出を辞退した場合)

→必要です。
(例の場合の「賃金改善実績報告書」の提出は以下のとおり)
①令和6年6月～令和7年 3月分→令和7年8月に提出
②令和7年4月～令和7年12月分→令和8年8月に提出



18

参考

よくある質問(ベースアップ評価料)③

Q 令和6年4月から賃金改善を実施していたが、実際に評価料の算定を開始したのが令和6年6月からの場合、「賃金改善実績報告書」に令和6年4月以降の改善分を含めて記載してよいのか？

→記載して問題ありません。届出時点で「賃金改善計画書」を作成中で、条例の改正が必要等のやむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が困難な場合は、同年度末までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができます。

※令和6年3月以前に実施した賃金改善は実績に含めることができません。

※令和6年度分の「賃金改善実績報告書」→令和6年4月～令和7年3月までの実績を記載

令和7年度分の「賃金改善実績報告書」→令和7年4月～令和8年3月までの実績を記載

「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における各項目(給与総額や基本給等総額)の定義や記載方法などにつきましては、厚生労働省のホームページに掲載されている疑義解釈や記載方法をご確認ください。

また、届出等に関するご質問は、関東信越厚生局東京事務所へご確認ください。

【厚生労働省ホームページ】ベースアップ評価料等について



【関東信越厚生局 東京事務所】 施設基準担当 Tel :03-6692-5119



19

■ご質問について

本日の講習内容についてのご質問は、Google フォームにて実施いたします。
以下の QR コードを読み込むことでアクセスできますので、ご質問がある場合は、**7 月 25 日(金)**までに入力をお願いいたします。

なお、ご質問については関係各所に確認を行い、回答可能なものにつきましては後日、東京都医師会ホームページに(<https://www.tokyo.med.or.jp/37893>)
に掲載予定です。個別回答はいたしませんので、あらかじめご了承ください。

【令和 7 年度 医療保険事務講習会 質問用フォーム】



令和 7 年度 医療保険事務講習会テキスト

[編集] 公益社団法人 東京都医師会
東京都保健医療局
社会保険診療報酬支払基金 関東審査事務センター
東京都国民健康保険団体連合会

[発行] 公益社団法人 東京都医師会
〒101-8328
東京都千代田神田駿河台 2-5
電話番号 03 (3294) 8821 (代表)

無断転用・転載を禁じます