

# 訪問看護療養費請求書等記載要領

令和 4年10月版

神奈川県国民健康保険団体連合会

## 訪問看護療養費の請求について

### 国保連に請求できる保険等について

#### (1) 国民健康保険

全国の市区町村が実施する国民健康保険の一般被保険者及び退職被保険者と、全国の国民健康保険組合が実施する組合金保の一般被保険者。

#### (2) 後期高齢者医療

神奈川県をはじめとする、各都道府県の75歳以上の方(一定の障害がある65歳以上の方を含む)を対象とし、後期高齢者医療広域連合が運営する後期高齢者医療制度の被保険者。

### 請求書類の各書式および作成について

#### (1) 訪問看護療養費明細書(様式第四)

- ・国告示で示された書式であれば、国民健康保険と後期高齢者医療の請求は、この明細書一枚で共通してお使いいただくことができます。
- ・レイアウト変更については、枠の幅など、若干の違いには対応できますが、大きく変更される場合には事前にご連絡願います。
- ・記載方法(参考)については、12～13ページをご覧ください。

#### (2) 訪問看護療養費請求書(様式第二、様式第三)

- ・国民健康保険用(様式第二)、後期高齢者医療用(様式第三)の2種類あり、(1)の明細書を、制度や給付割合別に集計するための請求用紙です。
- ・国告示で示された書式であれば、本会での取り扱いは可能ですが、より正確なお支払いを期するために、「区分コード」番号を取り入れた本会指定様式でのご提出をお願いいたします。
- ・国保用請求書は、保険者番号別(横浜・川崎・相模原は市ごと)に1枚ずつ、後期高齢者用請求書は、保険者番号にかかわらず、1回の請求に県単位で1枚を明細書に添付します。
- ・この用紙は国保連合会ホームページでダウンロードできます。
- ・記載方法については、6～9ページをご覧ください。

(3) 診療(調剤)報酬受付受領書(=総括票)

- ・受領書は、(2)の請求書を総計する用紙(3枚綴り)です。
- ・保険医療機関や保険薬局と共通の書式です。
- ・この用紙は国保連合会ホームページでダウンロードできます。
- ・記載方法については、10 ページをご覧ください。

**編綴方法について**

- (1) 明細書は、左上の隅より右へ 12mm、下へ 12mmあたりの位置を中心に穴を開けてください(公費受給者番号と重ならないよう注意してください)。
- (2) 請求書の最上部に受領書を添付して、その下に保険者単位に分けた、請求書と明細書を編綴して下さい。詳細は、11 ページをご覧ください。
- (3) 綴じ方は、保険者ごとにひも綴じ、または少量の場合はホッチキスで綴じてください。クリップ留めは、外れて他のステーションの請求と混合する恐れがありますので、ご遠慮願います。

**提出方法について**

- (1) 直接(窓口)受付について
  - ・毎月 10 日(受付最終日)までにご提出下さい。
  - ・受付時間は 8:30~17:15 です。
  - ・休日(土・日・祝祭日、年末・年始)は業務を行っておりませんが、10 日が休日にあたる場合は、受付業務を行います。
- (2) 郵送受付について(宅配便でも可)
  - ・毎月 10 日(受付最終日)到着分まで受け付けます。
  - ・なお、10 日を過ぎて到着した請求書類は、次の月の受付分とさせていただきます。
- (3) 返戻となった明細書の再提出方法について

保険者や国保連合会から返戻となった明細書につきましては、次月以降の請求書に含めてご請求ください(明細書のみ単体でのご提出は出来ません)。

なお、やむを得ず新しくレセプトを作成された場合は、訂正前の古いレセプトの添付は不要です。

### 取り下げ方法について

- (1) 一度請求された明細書の取り下げ依頼(返却依頼)は、支払いの有無にかかわらず、所定の用紙により承ります。
- (2) 事故等の防止のため、電話等による口頭での取り下げ依頼は受け付けておりませんのでご了承ください。
- (3) 取り下げ依頼は、取り下げる明細書と同じ内容(被保険者番号や金額など)を記載してください。

記載内容が一致しない場合、当該明細書の返却時期が遅れる場合があります。

- (3) 取り下げ依頼書は、明細書1枚ごとに作成し、郵送または直接ご提出ください。
- (4) 全件取り下げ、または数十件単位での取り下げの場合は、別途ご連絡願います。

詳しくは神奈川県国保連合会ホームページ内、  
訪問看護療養費明細書取り下げ依頼書記載要領をご確認ください。

### 請求書提出及び問い合わせ先

〒220-0003

横浜市西区楠町 27-1

神奈川県国民健康保険団体連合会 審査部審査第四課 柔整係

※ 郵送宛名は、「神奈川県国保連合会 柔整係」としてください。

TEL 045-329-3430

FAX 045-329-3439

神奈川県内の保険者番号一覧

	国民健康保険	後期高齢者医療
神奈川県		39140009(※1)
横浜市	144006(※1)	右表別掲
川崎市	145003(※1)	右表別掲
相模原市	146001(※1)	右表別掲
横須賀市	140038	39142013
平塚市	140046	39142039
鎌倉市	140053	39142047
藤沢市	140061	39142054
小田原市	140079	39142062
茅ヶ崎市	140087	39142070
逗子市	140095	39142088
三浦市	140111	39142104
秦野市	140129	39142112
厚木市	140137	39142120
大和市	140145	39142138
伊勢原市	140152	39142146
海老名市	140160	39142153
座間市	140178	39142161
南足柄市	140186	39142179
綾瀬市	140533	39142187
葉山町	140517	39143011
寒川町	140525	39143219
大磯町	140541	39143417
二宮町	140558	39143425
中井町	140566	39143615
大井町	140574	39143623
松田町	140582	39143631
山北町	140590	39143649
開成町	140608	39143664
箱根町	140616	39143821
真鶴町	140624	39143839
湯河原町	140632	39143847
愛川町	140640	39144019
清川村	140657	39144027

	国民健康保険	後期高齢者医療	
横浜市	鶴見区	144014	39141015
	神奈川区	144022	39141023
	西区	144030	39141031
	中区	144048	39141049
	南区	144055	39141056
	港南区	144063	39141114
	保土ヶ谷区	144071	39141064
	旭区	144089	39141122
	磯子区	144097	39141072
	金沢区	144105	39141080
	港北区	144113	39141098
	緑区	144121	39141130
	戸塚区	144139	39141106
	瀬谷区	144147	39141148
川崎市	栄区	144154	39141155
	泉区	144162	39141163
	青葉区	144170	39141171
	都筑区	144188	39141189
	川崎区	145011	39141312
	幸区	145029	39141320
	中原区	145037	39141338
	高津区	145045	39141346
	宮前区	145060	39141361
	多摩区	145052	39141353
相模原市	麻生区	145078	39141379
	緑区	146019	39141510
	中央区	146027	39141528
神奈川県医師 国民健康保険組合	南区	146035	39141536
	神奈川県医師 国民健康保険組合	143016	
	神奈川県歯科医師 国民健康保険組合	143024	
	神奈川県食品衛生 国民健康保険組合	143032	
	神奈川県薬剤師 国民健康保険組合	143040	
	神奈川県建設業 国民健康保険組合	143057	
	神奈川県建設連合 国民健康保険組合	143065	

※1 請求書に記載する代表保険者番号です。横浜市、川崎市、相模原市の国保は各区の保険者番号で明細書を作成しますが、請求書には代表番号を記入し、市単位で一括して請求書を作成してください。  
また、後期高齢者医療は、各市区町村の保険者番号で明細書を作成し、請求書は神奈川県の代表番号を使用し、すべての市区町村の明細書を一枚の請求書で集計します。

## 全国の後期高齢者医療の保険者番号

都道府県名	後期高齢者医療	都道府県名	後期高齢者医療
北海道	39010004	滋賀県	39250006
青森県	39020003	京都府	39260005
岩手県	39030002	大阪府	39270004
宮城県	39040001	兵庫県	39280003
秋田県	39050000	奈良県	39290002
山形県	39060009	和歌山県	39300009
福島県	39070008	鳥取県	39310008
茨城県	39080007	島根県	39320007
栃木	39090006	岡山県	39330006
群馬県	39100003	広島県	39340005
埼玉県	39110002	山口県	39350004
千葉県	39120001	徳島県	39360003
東京都	39130000	香川県	39370002
神奈川県	39140009	愛媛県	39380001
新潟県	39150008	高知県	39390000
富山県	39160007	福岡県	39400007
石川県	39170006	佐賀県	39410006
福井県	39180005	長崎県	39420005
山梨県	39190004	熊本県	39430004
長野県	39200001	大分県	39440003
岐阜県	39210000	宮崎県	39450002
静岡県	39220009	鹿児島県	39460001
愛知県	39230008	沖縄県	39470000
三重県	39240007		

※後期高齢者医療の請求書は上記の代表番号を記載し、都道府県単位ごとに1枚の請求書を作成します。

※国保分の請求書は、保険者ごとに請求書を作成します。

## 1. 国民健康保険請求書の記載について

- ① 訪問年月を記載してください。再提出の明細書等、当該訪問月以外の明細書も含めて構いません。  
(例:5月訪問分の請求書に、返戻となった3月訪問分の明細書を含める。)
- ② 貴ステーションの7桁のコード番号を記載してください。(例:098.123.4)
- ③ 6桁の保険者番号を記載してください。  
(横浜市は144006、川崎市は145003、相模原市は146001で全区一括請求してください)
- ④ 請求書を提出する提出年月日を記載してください。
- ⑤ 貴ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者等の氏名を記載してください。
- ⑥~⑧ 下記の請求書区分に従い、明細書の件数・訪問日数・請求額・の合計を記載してください。
- ⑨ 明細書合計欄の保険の負担金額欄に記載した一部負担金の合計を記載してください。
- ⑩ 特定疾患医療費助成等、医療費助成分の請求がある場合は、再掲欄に明細書の件数・金額・患者負担額の合計を再掲してください。

	請求書区分		適用	各請求書区分に集計する明細書の種類					
				制度	種類	給付割合			
⑥	12	国保一般7割	国保一般被保険者本人	①社・国	②本人	⑦	8	9	10
			国保一般被保険者家族		⑥家族	⑦	8	9	10
⑦	52	国保一般70歳以上7割	国保一般被保険者前期高齢者7割受給者	①社・国	⑩高齢7	⑦	8	9	10
	62	国保一般70歳以上8割	国保一般被保険者前期高齢者8割受給者		⑧高齢一	7	⑧	9	10
⑧	82	国保一般6歳未満	国保一般被保険者で小学校未就学	①社・国	④六歳	8	⑧	9	10

保険者名  ③ 殿

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション  
の所在地及び名称

⑤

令和 年 ④ 月 日

指定訪問看護事業者等氏名

⑤

国民健康保険

区分	請求			
	件数	日数	金額	保険負担金額
一般被保険者	7割	12	⑥	⑨
	8割	22		
	7割	52	⑦	⑨
	8割	62	⑦	⑨
	8割	82	⑧	⑨
	本人	7割	16	
退職者	7割	56		
	9割	66		
	7割	18		
	8割	88		

※ 決定			
件数	日数	金額	保険負担金額

再掲(公費)	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数
		結核	10		障害	80
	身体	15		小児	81	
	児童(育成)	16		ひとり親	85	
	原爆	19				
	精神	21	⑩			⑩
	感染症	28				
	肝炎	38				
	特定	51				
	小児慢性	52				
	児童精薄	53				
	特定	54				

※ 増減 91

※ 返戻 92

- 「再掲」欄は一般被保険者と退職者を合算した件数を記載してください。
- 「保険負担金額」欄は療養費明細書の負担金額の保険欄に記載した金額を合計して記載してください。
- 「※」欄は記入しないでください。

※ 高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	



## 2. 後期高齢者医療請求書の記載について

- ① 訪問年月を記載してください。再提出の明細書等、当該訪問月以外の明細書も含めて構いません。  
(例:5月訪問分の請求書に、返戻となった3月訪問分の明細書を含める。)
- ② 貴ステーションの7桁のコード番号を記載してください。(例:098.123.4)
- ③ 8桁の保険者番号(県ごとの代表番号)を、「39」に続けて記載してください。  
(記載例は、神奈川県代表番号です。神奈川県以外の番号については5ページをご参照ください。)
- ④ 請求書を提出する提出年月日を記載してください。
- ⑤ 貴ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者等の氏名を記載してください。

下記の請求書区分に従い、明細書の件数・訪問日数・請求額・の合計を記載してください。

請求書区分			適用	請求書の各区分に集計する明細書の種類						
				特記	制度	種類	給付割合			
⑥	後期高齢者医療7割	76	後期高齢者医療制度被保険者7割	26区ア	③後期	⑩高齢7	⑦	8	9	10
				27区イ						
				28区ウ						
⑦	後期高齢者医療8割	78	後期高齢者医療制度被保険者8割	41区カ	③後期	⑧高齢一	7	⑧	9	10
⑦	後期高齢者医療9割	78	後期高齢者医療制度被保険者9割	42区キ 30区オ	③後期	⑧高齢一	7	8	⑨	10

- ⑧ 明細書合計欄の保険の負担金額欄に記載した一部負担金の合計を記載してください。
- ⑨ 特定疾患医療費助成等、医療費助成分の請求がある場合は、再掲欄に明細書の件数・金額・患者負担額の合計を再掲してください。

後期

①  
令和

年

月分後期高齢者医療訪問看護療養費請求書

広域連合 39

□ □ ③ □ □ □

殿

下記のとおり請求する。

令和 年 ④ 月 日

ステーションコード

②

訪問看護ステーション  
の所在地及び名称

⑤

後期高齢者医療

指定訪問看護  
事業者等氏名

⑤

区 分			件 数	日 数	金 額	保険負担金額
後期 高齢者	請求	7割	76	⑥		⑧
		一般・低所得 8割・9割	78	⑦		⑧
	※ 決定	7割	76			
		一般・低所得 8割・9割	78			

再 掲 （ 公 費 ）	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数
	結 核	10		障 害	80	
	身 体	15		ひとり親	85	
	原 爆	19				
	精 神	21	⑨			⑨
	感染症	28				
	肝 炎	38				
	特 定	51				
	特 定	54				

※増 減 91

※返 戻 92

1. 「再掲」欄は7割・8割・9割全てを合算した件数を記載してください。
2. 「保険負担金額」欄は療養費明細書の負担金額の保険欄に記載した金額を合計して記載してください。
3. 「※」欄は記入しないでください。

### 3. 診療(調剤)報酬受付受領書(総括票)の記載について

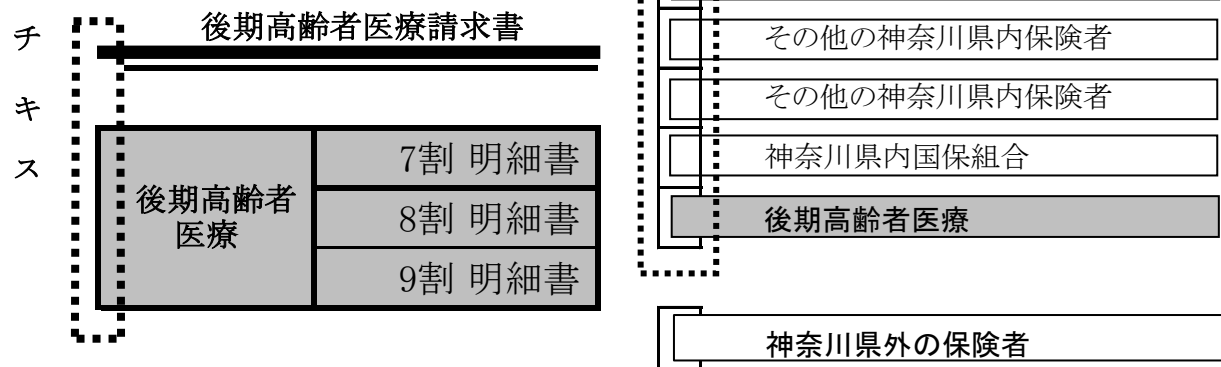
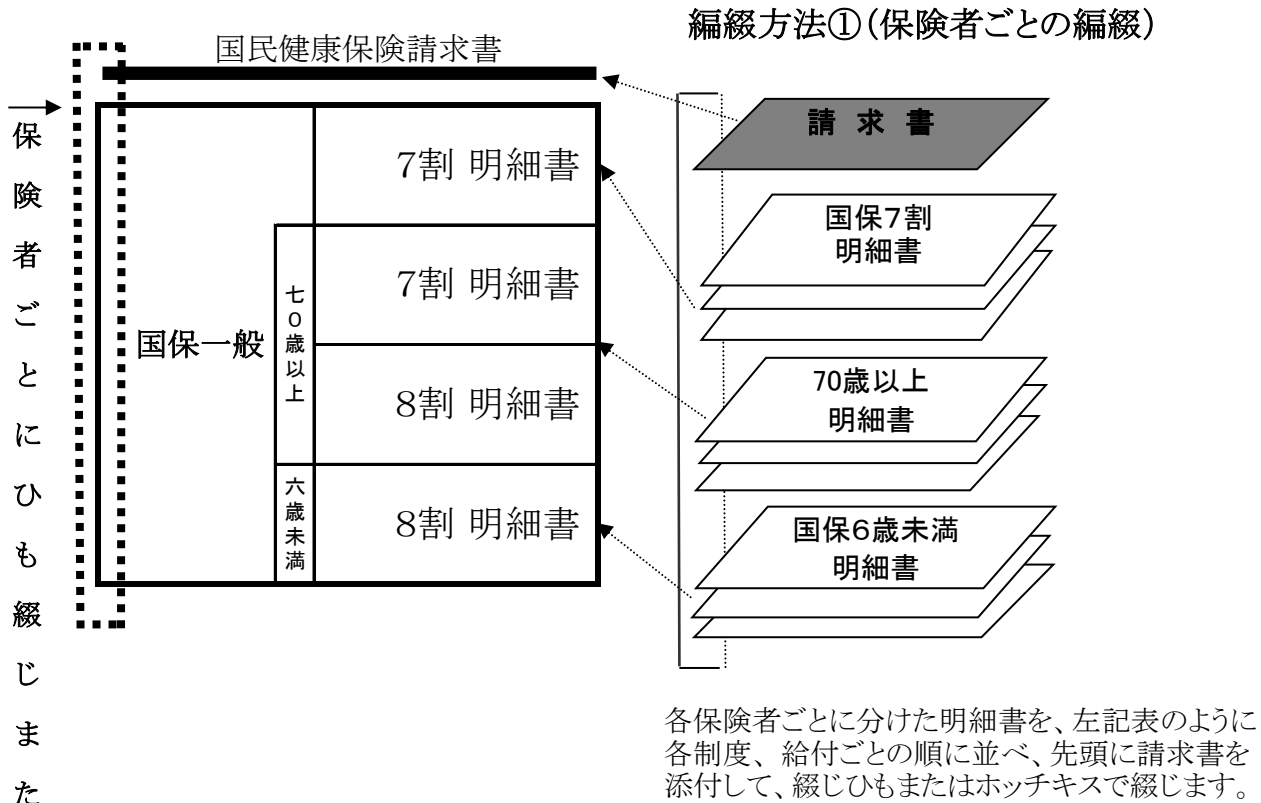
令和      年 ① 月診療(調剤)報酬受付受領書												
(神奈川県国民健康保険団体連合会)												
保険医療機関番号	②			点数表区分								
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">1. 医科</td> <td style="width: 50px;">※</td> </tr> <tr> <td>3. 歯科</td> <td>受</td> </tr> <tr> <td>4. 調剤</td> <td>付</td> </tr> <tr> <td>6. 訪問</td> <td>印</td> </tr> </table>	1. 医科	※	3. 歯科	受	4. 調剤	付	6. 訪問	印
1. 医科	※											
3. 歯科	受											
4. 調剤	付											
6. 訪問	印											
請求	保険者数 (請求書の枚数)	区 分	件 数	点 数(金額)	備 考							
④		国保	1. 入院		処方せん受付回数 回							
			2. 入院外	⑤								
		後期	3. 入院									
			4. 入院外	⑥								
		計	入院									
			入院外	⑦								
	5. 食事生活	⑧										

注 (1) この受領書は国保連合会へ診療(調剤)報酬請求をされる場合に添付して下さい。  
(2) 保険者数の欄は、保険者毎の明細書に添付された請求書の枚数を記入して下さい。  
(3) ※印は記入しないで下さい。  
(4) 訪問看護療養費の点数欄は、金額を記入して下さい。  
(5) この用紙は、3枚で1組です。

受領書(総括票)は、3枚1組で使用します。

- ① 訪問年月を記載してください。再提出の明細書等、当該訪問月以外の明細書も含めて構いません。  
(例:5月訪問分の受領書に、3月訪問分の請求書・明細書を含める。)
  - ② 貴ステーションの7桁のコード番号を記載してください。(例:098.123.4)
  - ③ 点数表区分は、「6.訪問」をマルで囲ってください。
  - ④ 国民健康保険と後期高齢者医療の保険者数(=請求書の枚数)を記載してください。
  - ⑤ 国民健康保険の明細書の件数、金額の総計を記載してください。
  - ⑥ 後期高齢者医療の明細書の件数、金額の総計を記載してください。
  - ⑦ 上記⑤と⑥の合計を記載してください。
  - ⑧ 食事生活欄には記載しないようお願いします。
- ※神奈川県以外の保険者についても、「保険者数」や「件数」に含めてください。  
※当月以外の訪問月がある場合、集計を合算し纏めてください。  
(訪問月ごとに総括票を用意する必要はありません)

#### 4. 請求書及び明細書の編綴について



## 5. 訪問看護療養費明細書の記載について(参考)

- ① 指定訪問看護が行われた年月を記載してください。
- ② 神奈川県の県番号「14」を記載してください。
- ③ 貴ステーションの7桁のコード番号を記載してください。(例: 098.123.4)
- ④ 下記の表をご参照ください。
- ⑤ 重度障害や特定疾患等で医療費助成がある場合は、公費負担者番号・受給者番号を記載してください。
- ⑥ 保険者番号は右詰めで記載してください。
- ⑦ 被保険者証の「記号及び番号」または「被保険者証番号」を記載してください。  
また、「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載してください。  
※記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「-」を挿入してください。  
※枝番は「(枝番)」の後ろに記載してください。
- ⑧ 療養を受けた方の氏名・性別及び生年月日を記載してください。
- ⑨ 提示があった限度額適用認定証、特定医療費受給者証、高齢受給者証または後期高齢者医療被保険者証の適用区分に応じて「26区ア」「27区イ」「28区ウ」「29区エ」「41区カ」「42区キ」「30区オ」のうち該当する所得区分を記載してください。また、70歳以上で認定証等の提示がない場合は、前期高齢者給付7割の方は「26区ア」を、給付8割の方は「29区エ」を記載し、後期高齢者給付8割の方は「41区カ」を、給付9割の方は「42区キ」を記載してください。
- ⑩ 合計金額を記載してください。
- ⑪ 高額療養費が現物給付された場合に一部負担金の額を記載してください。  
また、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を一部負担金額の上段に( )で再掲してください。  
※三者併用(包括請求)時の負担金額の記載方法については、本会ホームページにあります「医療費助成事業(地単公費)を利用した三者併用(包括請求)事例について」をご覧ください。
- ⑫ 70歳以上で「30区オ」の所得区分の場合は、**高額療養費が現物給付された場合に限り**、備考欄に「低所得Ⅰ」または「低所得Ⅱ」を記載してください。

※明細書の記載方法につきましては、厚生労働省の示した記載要領に則って記載願います。

下記に記載する制度等の別により、右表を参考に該当箇所に丸印を付けてください。

### 国保一般

○国保一般 7割	① 社国 3 後期	② 本人 8 高齢一	給付割合			
	2 公費 4 退職	4 六歳	6 家族 0 高齢7	⑦	8	9 10
○国保一般 前期高齢者(70歳以上) 7割	① 社国 3 後期	2 本人 8 高齢一	給付割合			
	2 公費 4 退職	4 六歳	6 家族 ⑩ 高齢7	⑦	8	9 10
○国保一般 前期高齢者(70歳以上) 8割 ※昭和19年4月1日生まれの方まで、国の公費1割が付加されます。 実際には9割分のお支払となります。	① 社国 3 後期	2 本人 ⑧ 高齢一	給付割合			
	2 公費 4 退職	4 六歳	6 家族 0 高齢7	7	⑧	9 10
○国保一般 六歳未満(未就学) 8割	① 社国 3 後期	2 本人 8 高齢一	給付割合			
	2 公費 4 退職	④ 六歳	6 家族 0 高齢7	7	⑧	9 10

### 後期高齢者

○後期高齢者 7割	1 社国 ③ 後期	2 本人 8 高齢一	給付割合			
	2 公費 4 退職	4 六歳	6 家族 ⑩ 高齢7	⑦	8	9 10
○後期高齢者 8割	1 社国 ③ 後期	2 本人 ⑧ 高齢一	給付割合			
	2 公費 4 退職	4 六歳	6 家族 0 高齢7	7	⑧	9 10
○後期高齢者 9割	1 社国 ③ 後期	2 本人 ⑧ 高齢一	給付割合			
	2 公費 4 退職	4 六歳	6 家族 0 高齢7	7	8	⑨ 10

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番号

訪問看護ステーションコード

④

Table with 8 columns: 1. 社・国, 2. 公費, 3. 後期退職, 4. 単併, 5. 本六, 6. 人, 7. 高年齢, 8. 高齢者

令和 ① 年 ② 月 ③ 日

Table for public charge numbers (公費負担者番号) and medical recipient numbers (公費負担医療の受給者番号).

Table for insurance information (保険者番号, 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号).

Table for patient information (氏名, 性別, 年齢, 住所, 職業上の事由).

Table for medical institution information (主治医, 医療機関の名称, 住所, 直近報告年月日).

Table for medical conditions (主たる傷病名, 指示期間, 精神指示期間).

Table for visit dates and insurance details (訪問日, 保険, 公費負担).

Table for visit start/end times and status (訪問開始年月日, 訪問終了年月日).

Table for visit status (30精神科基本療養費I, 31看護師等, 32作業療法士).

Table for basic care fees I (基本療養費I) including nursing and therapy.

Table for psychiatric basic care fees II (精神科基本療養費II) for nursing.

Table for basic care fees II (基本療養費II) including nursing and therapy.

Table for psychiatric basic care fees III (精神科基本療養費III) for nursing.

Table for basic care fees I and II (基本療養費I及びIIの加算) for multiple visits.

Table for psychiatric basic care fees IV (精神科基本療養費IV) for nursing.

Table for basic care fees I and II (基本療養費I及びIIの加算) for emergency and long-term visits.

Table for psychiatric basic care fees V (精神科基本療養費V) for psychiatric emergency visits.

Table for basic care fees I and II (基本療養費I及びIIの加算) for multiple caregivers.

Table for psychiatric basic care fees VI (精神科基本療養費VI) for nursing.

Table for basic care fees I and II (基本療養費I及びIIの加算) for night and deep visits.

Table for psychiatric basic care fees VII (精神科基本療養費VII) for nursing.

Table for basic care fees I and II (基本療養費I及びIIの加算) for management fees.

Table for psychiatric basic care fees VIII (精神科基本療養費VIII) for nursing.

Table for basic care fees I and II (基本療養費I及びIIの加算) for home care and management.

Table for psychiatric basic care fees IX (精神科基本療養費IX) for nursing.

Table for visit information (訪問看護情報提供療養費, 訪問看護ターミナルケア療養費).

Table for psychiatric basic care fees X (精神科基本療養費X) for nursing.

Table for information provision (情報提供).

Table for psychiatric basic care fees XI (精神科基本療養費XI) for nursing.

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。 2. ※印の欄は、記入しないこと。

## 参考資料1

### 1. 厚生労働大臣が定める疾病等について

#### 基準告示第二の一

##### (1)特掲診療科の施設基準等・別表第七に掲げる疾病等の者

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

##### (2)特掲診療科の施設基準等・別表第八に掲げる者

一	在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
二	以下のいずれかを受けている状態にある者 在宅自己腹膜灌流指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅人工呼吸指導管理 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理
三	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
四	真皮を越える褥瘡の状態にある者
五	在宅患者訪問点滴注射指導管理料の算定している者

### 2. 要介護被保険者等である利用者について指定訪問看護の費用に要する額を算定できる場合

#### 基準告示第四の一

(1)特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合

(2)特掲診療科の施設基準等別表第七に掲げる名称の疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合

(3)精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合

## 参考資料2-①

「認定証等」が提示された場合は、以下にご注意ください。※1

(1)レセプトの特記欄に、提示された所得区分に応じた記載が必要です。ただし、70歳以上の場合は特記欄への記載は必須となります。

(2)患者の窓口負担相当額が自己負担限度額を超えた場合は、負担金額欄に一部負担金の記載が必要です。

(3)70歳以上の外来診療において限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合は、高額療養費が現物給付された場合に限り、備考欄に「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」の記載が必要です。

(4)認定証等と国公費(特定疾患医療、小児慢性特定疾患医療を除く)が提示された場合は所得区分に関わらず『29区エ』の限度額が適用されます。

また、認定証等と神奈川県単独公費(重度障害等)が提示された場合は所得区分に応じた限度額が適用されます。

※1「認定証等」とは「限度額適用認定証」、「限度額適用・標準負担額減額」、「特定医療費受給者証」、「小児慢性特定医療費受給者証」、

「高齢受給者証」、「後期高齢者医療被保険者証」



参考資料2-②

令和4年10月診療分から

70歳未満

【患者負担限度額】

区分	特記	患者負担限度額	多数回該当
区ア	26	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
区イ	27	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
区ウ	28	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
区エ	29	57,600円	44,400円
区オ	30	35,400円	24,600円

【公費負担限度額】

区分	特記	国公費 法54、52 法51除<	地方単独公費及び 法54、52、51 法38(602・)		多数回該当	公費のみ
			多数回該当	公費のみ		
区ア	26	80,100円 +(医療費- 267,000 円)×1%	252,600円+(医療費-842,000円)×1%		140,100円	31 多ア
区イ	27		167,400円+(医療費-558,000円)×1%		93,000円	32 多イ
区ウ	28		80,100円+(医療費-267,000円)×1%		44,400円	33 多ウ
区エ	29		57,600円		44,400円	34 多エ
区オ	30		35,400円		24,600円	35 多オ

前期高齢

【患者負担限度額】

区分	特記	月の上限額 (世帯)		多数回該当
		外来	入院	
現役並Ⅲ	26	252,600円+(医療費-842,000円)×1%		140,100円
現役並Ⅱ	27	167,400円+(医療費-558,000円)×1%		93,000円
現役並Ⅰ	28	80,100円+(医療費-267,000円)×1%		44,400円
一般	29	18,000円	57,600円	44,400円 (世帯のみ)
低所Ⅱ	30	8,000円	24,600円	なし
低所Ⅰ	30	8,000円	15,000円	なし

【公費負担限度額】

区分	特記	国公費 法54、52 法51除<	地方単独公費及び 法54、52、51 法38(602・)		多数回該当	公費
			外来	入院		
現役並Ⅲ	26	57,600 円 外来 18,000 円	252,600円+(医療費-842,000円)×1%		140,100円	31
現役並Ⅱ	27		167,400円+(医療費-558,000円)×1%		93,000円	32
現役並Ⅰ	28		80,100円+(医療費-267,000円)×1%		44,400円	33
一般	29		18,000円	57,600円	44,400円 (世帯のみ)	34
低所Ⅱ	30		8,000円	24,600円	なし	
低所Ⅰ	30		8,000円	15,000円	なし	

後期高齢

【患者負担限度額】

区分	特記	給付割合	月の上限額 (世帯)		多数回該当	
			外来	入院		
現役並Ⅲ	26	区ア	252,600円+(医療費-842,000円)×1%		140,100円	
現役並Ⅱ	27	区イ	167,400円+(医療費-558,000円)×1%		93,000円	
現役並Ⅰ	28	区ウ	80,100円+(医療費-267,000円)×1%		44,400円	
一般Ⅱ	41	区カ	18,000円	6,000円+10% 自己負担6,000円を超える場合	57,600円	44,400円 (世帯のみ)
一般Ⅰ	42	区キ	18,000円		57,600円	44,400円 (世帯のみ)
低所Ⅱ	30	区オ	8,000円		24,600円	なし
低所Ⅰ	30	区オ	8,000円		15,000円	なし

【公費負担限度額】

区分	特記	給付割合	国公費 法54、52 法51除<	地方単独公費及び 法54、52、51 法38(602・)		多数回該当	
				外来	入院		
現役並Ⅲ	26	区ア	57,600 円 外来 18,000 円	252,600円+(医療費-842,000円)×1%		140,100円	31 多ア
現役並Ⅱ	27	区イ		167,400円+(医療費-558,000円)×1%		93,000円	32 多イ
現役並Ⅰ	28	区ウ		80,100円+(医療費-267,000円)×1%		44,400円	33 多ウ
一般Ⅱ	41	区カ		18,000円	57,600円	44,400円 (世帯のみ)	43 多カ
一般Ⅰ	42	区キ		18,000円	57,600円	44,400円 (世帯のみ)	44 多キ
低所Ⅱ	30	区オ		8,000円	24,600円	なし	
低所Ⅰ	30	区オ	8,000円	15,000円	なし		

別表7及び8に該当する疾病等コード一覧

コード		疾病、状態等
01	別表 7	末期の悪性腫瘍
02		多発性硬化症
03		重症筋無力症
04		スモン
05		筋萎縮性側索硬化症
06		脊髄小脳変性症
07		ハンチントン病
08		進行性筋ジストロフィー症
09		パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))
10		多系統萎縮症(綿条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
11		プリオン病
12		亜急性硬化性全脳炎
13		ライソゾーム病
14		副腎白質ジストロフィー
15		脊髄性筋萎縮症
16		球脊髄性筋萎縮症
17		慢性炎症性脱髄性多発神経炎
18		後天性免疫不全症候群
19		頸髄損傷
20		人工呼吸器を使用している状態の者
41	別表 8	在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者
42		在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
43		気管カニューレを使用している状態の者
44		留置カテーテルを使用している状態の者
45		在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
46		在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
47		在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
48		在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
49		在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
50		在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
51		在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
52		在宅持続陽圧呼吸法指導管理を受けている状態にある者
53		在宅自己疼痛指導管理を受けている状態にある者
54		在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
55		人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
56		真皮を超える褥瘡の状態にある者
57		在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
91	他	超重症児
92		準超重症児