

# 訪問看護療養費

【負担金額欄記載事例集】

平成30年8月版（平成30年10月修正）

長崎県国民健康保険団体連合会

※ 一部誤りがあったため、該当ページの差し替えを行っています。(平成30年10月)

《誤り箇所》

●事例2

〔解説文5行目〕

誤: 「多数回該当ではない場合、3割分が842,000円を下回っているため」

正: 「多数回該当ではない場合、10割分が842,000円を下回っているため」

●事例7

〔解説文10行目〕

誤: 「特記欄に所得区分を記載する場合とは…限度額適用認定証または51(特定疾患のみ)・52・54公費の受給者証を提示された場合」

正: 「特記欄に所得区分を記載する場合とは…70歳以上の全ての患者、もしくは70歳未満の患者で限度額適用認定証または51(特定疾患のみ)・52・54公費の受給者証を提示された場合」

〔「※」限度額適用認定証とは※〕5行目〕

誤: 「限度額適用認定証や51(特定疾患のみ)・52・54公費の受給者証が提示された場合は、」

正: 「70歳未満の患者で、限度額適用認定証や51(特定疾患のみ)・52・54公費の受給者証が提示された場合は、」

〔「※」限度額適用認定証とは※〕8～9行目〕

誤: 「そもそも被保険者証でその人の所得区分が判る(7割給付なら現役並み所得者、8割給付なら一般所得者)ため、特記への所得区分の記載については51(特定疾患のみ)・52・54公費ありの患者以外は記載しません。」

正: 「平成30年8月の高額療養費に関する改正により、70歳以上の高齢者については限度額適用認定証等の提示の有無に関わらず、必ず所得区分の特記の記載をしなくてはならなくなりました。証の提示があれば、その証に記載された特記を記載し、限度額についてもそれに応じたもので計算します。逆に、証の提示がない場合は、現役並み所得者なら「26.区ア」を、一般並み所得者なら「29.区エ」を記載し、限度額についてもそれらで計算します。」

●事例9

〔解説文7行目〕

誤: 「尚、高額療養費が発生しておらず、保険負担金額欄に金額の記載が必要ないので、「低所得Ⅰ」の記載は必要ありません。」

正: 「尚、高額療養費が発生しておらず、保険負担金額欄に金額の記載が必要ないので、備考欄への「低所得Ⅰ」記載は必要ありません。」

●事例12

〔「※」月途中での制度移行(保険切替)時の高額療養費の上限について※〕7行目および12行目以下に追加〕

7行目

誤: 「【国保→国保】異動前後の保険者番号分でそれぞれ通常の限度額まで。」

正: 「【国保→国保】異動前後の保険者番号分でそれぞれ通常の限度額まで。(※)」

12行目以下

(※)平成30年4月より都道府県が国保の保険者となることに伴い、高額療養費の多数回該当のカウントの仕方、被保険者に係る住所区分が変更になっています。ご注意ください。

平成30年3月に厚生労働省保険局国民健康保険課より出された「新たな国保制度における資格管理及び高額療養費の取扱いについて」において、以下のように示されています。

第二. 新たな国保制度における高額療養費多数該当世帯の負担軽減について

2. 住所異動月における高額療養費に係る自己負担限度額の取扱いについて

(1)月途中の住所異動における自己負担限度額の取扱いについて

……………(中略)……………

○平成30年度から、同一都道府県内の他市町村へ住所異動した場合であっても、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を通算する一方、レセプトが市町村ごとに作成されることによって、一部負担金等の額が住所異動しない場合と比べて最大2倍となることが生じうる。そこで、適用開始日現在等において世帯の継続性が認められる場合、転居月については、居住日数に関わらず、同一都道府県内の転出地市町村と転入地市町村における個人及び世帯の自己負担限度額をそれぞれ本来の2分の1に減額することとする。

……………(中略)……………

○個人及び世帯の自己負担限度額をそれぞれ本来の2分の1に減額するためには、転入地市町村による世帯の継続性の判定が必要なため、現物給付化は困難であり、市町村は、世帯主の申請に基づき転居月における自己負担額の差額を高額療養費として追加支給する。このため、世帯主は、高額療養費支給申請書等により、市町村に申請する。



## 事例2

### 基本の考え方 ②

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県 訪問看護ステーションコード

平成 30 年 8 月 分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

6	1	社・区	後	期	1	単	独	2	本	人	8	高	一
訪問	2	公	費	14	退	職	33	併	4	6	歳	10	高
													7

公費負担者番号①	公費負担者医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担者医療の受給者番号②

保険者番号	3	9	4	2	*	*	*	*	給付	10	9	8
										7	(	)

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	*****
---------------------	-------

氏名	事例2	特記
性別	1 男 2 女	1 期 2 次
生年月日	10.4.6	26.区ア
職歴上の事由	1 職務上 2 下転後3月以内 3 通勤災害	

）

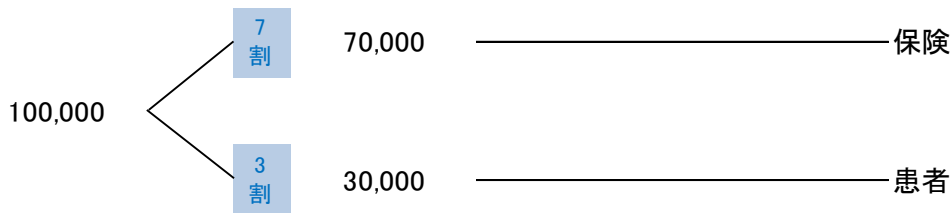
誤

合	保	請	求	円	※	決	定	円	負担金額	円		
	険			100,000					30,000			
①	公											
	費											
計	必											
	負											
	担											
	金											
	額											

正

合	保	請	求	円	※	決	定	円	負担金額	円		
	険			100,000								
①	公											
	費											
計	必											
	負											
	担											
	金											
	額											

《 内訳 》



この事例はもっとも基本的な事例です。

後期7割（7割給付）で保険単独分です。

後期7割（7割給付）の限度額は252,600円+（医療費-842,000円）×1%（多数回該当の場合は140,100円）です。

多数回該当ではない場合、10割分が842,000円を下回っているため、1%の計算対象外であり、また、多数回該当の場合も3割分が140,100円に達していないので、この事例では高額療養費は発生しておらず、保険負担金額欄に金額の記載は必要ありません。

事例3

基本の考え方 ③

○訪問看護療養費明細書

平成 30 年 8 月 分 42

訪問看護ステーションコード

\*\*\*\*, \*\*\*\*, \*

6	1	社・区	後	期	1	単	独	2	本	人	6	高	一
訪問	2	公	費	14	退	職	3	3	併	6	家	族	10
													高
													齢
													7

公費負担者 番号①	1	9	4	2	*	*	*	*	公費負担者医療の 受給者番号①	*	*	*	*	*	*
公費負担者 番号②									公費負担者医療の 受給者番号②						

保 険 者 番 号	3	9	4	2	*	*	*	*	給 付	10	9	3
										7	(	)

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	*****
---------------------	-------

氏 名	事例3		特 記
性別	1 男 2 女	1 期 2 次	29. 区工
生 年 月 日	10. 4. 6		
訪問した 住所			
継続上の事由	1 職務上	2 下駄後3月以内	3 過期災害

訪問看護ステーションの住所・地区及び名称

誤

合 計	保 険	200,000	決 定	20,000	負 担 金 額		
① 公 費							
② 必 公 費							

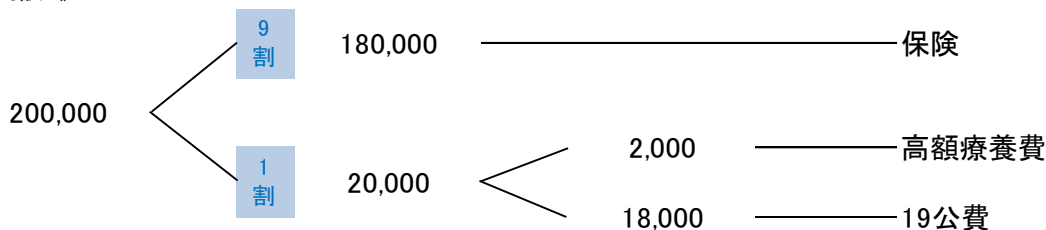
誤

合 計	保 険	200,000	決 定	0	負 担 金 額		
① 公 費							
② 必 公 費							

正

合 計	保 険	200,000	決 定	18,000	負 担 金 額		
① 公 費							
② 必 公 費							

《 内 訳 》



この事例はもっとも基本的な事例です。  
後期一般（9割給付）で19公費との2者併用です。1割分が本来患者負担ですが、19公費を持っているので患者負担分を19公費が支払います。1割分が後期一般の限度額18,000円を超過しているため、19公費が支払うのは18,000円となります。

高額療養費が発生している（※）ので、保険負担金額欄に金額の記載が必要です。  
保険負担金額欄には公費負担分と患者負担分の合算額を記載しますが、この事例では患者負担分はありませんので公費負担分となる18,000円を記載します。

（※）保険負担金額欄については、70歳以上の患者では、高額療養費が発生した場合に記載します。公費併用でも同様です。

事例4

基本の考え方 ④

○ 訪問看護療養費明細書

訪問看護ステーションコード

平成 30 年 8 月 分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

1 社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 人 6 高 齢 一  
 2 公 費 4 退 職 3 3 併 6 家 族 10 高 齢 7

公費負担者番号①	公費負担者医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担者医療の受給者番号②

保険者番号	3 9 4 2 * * * *	給付	10 ( 8 ) 7 ( )
-------	-----------------	----	-------------------

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	*****
---------------------	-------

氏名	事例4	特記	
性別	1 男 2 女	年齢	10. 4. 6 生
訪問した住所	30. 区才		

訪問看護ステーションの住所・地区及び名称

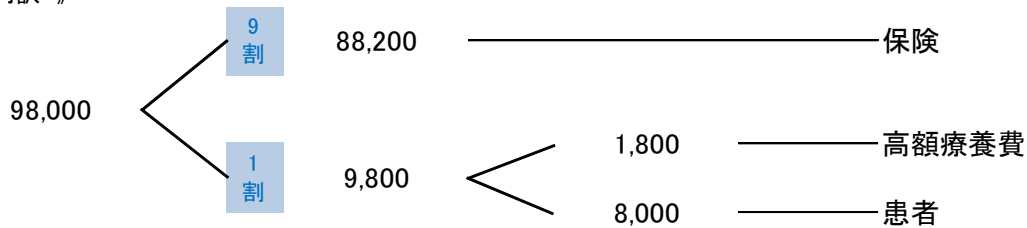
誤

合計	98,000	9,800		
① 公費				
② 公費				
計				低所得Ⅱ

正

合計	98,000	8,000		
① 公費				
② 公費				
計				低所得Ⅱ

《 内訳 》



この事例はもっとも基本的な事例です。  
 後期一般（9割給付）で保険単独分です。

特記欄に「30. 区分才」の記載があるため、限度額は8,000円です。1割分が8,000円を上回るため、高額療養費が発生しており、保険負担金額欄に金額の記載が必要です。

また、前期・後期高齢者の低所得者については、高額療養費が発生し、保険負担金額欄に金額の記載が必要な場合は、備考欄に「低所得Ⅰ」または「低所得Ⅱ」のうち該当するいずれかの記載が必要となります。

事例5

基本の考え方 ⑤

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県 東京都  
訪問看護ステーションコード

平成 30 年 8 月 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

6 1 社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 人 5 高 一  
訪 問 2 公 費 4 退 職 3 3 併 4 6 家 族 10 9 高 齢 7

公費負担者番号①	公費負担者医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担者医療の受給者番号②

保険者番号	4 2 * * * *	給付	10 9 7 ( 5 )
-------	-------------	----	--------------

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	*****
---------------------	-------

氏名	事例5	特記
性別	1 男 2 女	29. 区工
生年月日	19. 3. 6	
職歴上の事由	1 職務上 2 下駄後3月以内 3 通勤災害	

）

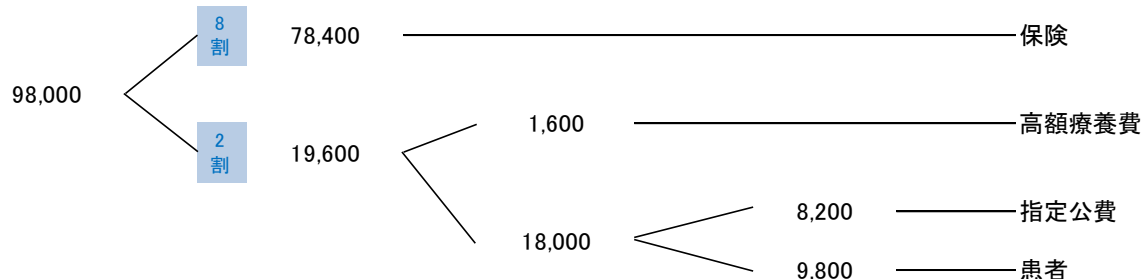
誤

合計	98,000	18,000
① 公費		
② 患者		

正

合計	98,000	9,800
① 公費		
② 患者		

《 内訳 》



この事例はもっとも基本的な事例です。

国保・高齢者一般（8割給付）で保険単独分、生年月日が昭和19年4月1日以前（指定公費あり）分です。本来ならば2割分が患者負担となるところ、指定公費があることで、窓口負担が1割となる患者です。

国保・高齢者一般（8割給付）の限度額は18,000円ですが、1割分が18,000円を下回るため、患者は1割分の9,800円を負担します。

高額療養費が発生しているので、保険負担金額欄に金額の記載が必要です。

指定公費ありの患者の場合、保険負担金額欄に記載するのは1割分の金額で良いため、この事例では9,800円を記載します。

※”指定公費”とは※

平成20年度に後期高齢者医療の制度が開始され、高齢者（現役並み所得者を除く）について年齢によって給付割合に差が出ることになりました。そこで、経過措置として設けられたのが”指定公費”です。”指定公費”があることによって、給付割合が8割となる人についても、窓口負担が1割までで済むようになっています。（※給付割合＝保険者（国保なら主に市町）が負担する割合、指定公費＝国が負担（患者が本来負担する額（ただし限度額を超えるようならば限度額）から1割分を除いた額）

ただし、この”指定公費”も、平成26年4月2日以降に70歳の誕生日を迎えた人（誕生日が昭和19年4月2日以降の人）については廃止されています。平成26年4月1日以前に70歳になった人（誕生日が昭和19年4月1日以前の人）までが対象です。





事例7

所得区分に応じた限度額となる公費がある場合の負担金額 ①

○ 訪問看護療養費明細書

東京都 訪問看護ステーション  
東京都 訪問看護ステーション

平成 30 年 8 月分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

6	1	社・国	3	後	期	1	単	2	独	3	本	4	人	8	高	一
訪	問	2	公	費	4	退	職	3	3	併	4	家	族	10	高	7

公費負担者 番号①	5	4	4	2	*	*	*	*	*	公費負担者医療の 受給者番号①	*	*	*	*	*	*
公費負担者 番号②										公費負担者医療の 受給者番号②						

保 険 者 番 号	4	2	*	*	*	*	給 付 10 9 8 ( 7 )
--------------	---	---	---	---	---	---	------------------------

被 保 険 者 証 ・ 被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号 ・ 番 号	*****
------------------------------------------	-------

氏 名	事例7		特 記
性別	1 男 2 女	1 期 2 次	30. 区オ
年齢	50. 9. 6 生		
職 務 上 の 事 由	1 職 務 上	2 下 記 後 3 月 以 内	3 感 染 疾 病

）

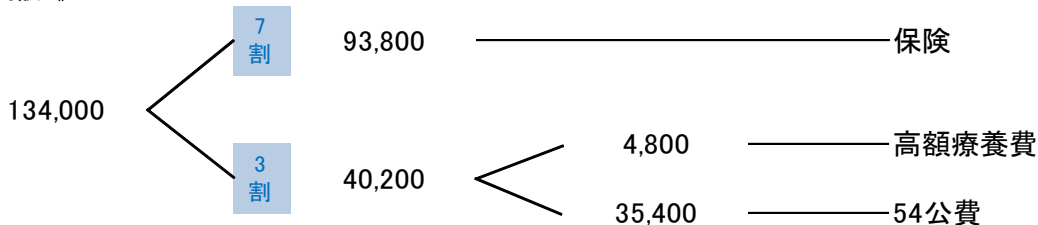
誤

合 計	保 険	134,000	決 定	負 担 金 額	0	公 費 負 担 金 額		備 考
① 公 費								
② 必 公 費								

正

合 計	保 険	134,000	決 定	負 担 金 額	35,400	公 費 負 担 金 額		備 考
① 公 費					0			
② 必 公 費								

《 内 訳 》



70歳未満の患者（低所得者）で54公費との併用レセプトです。公費のほとんどは所得に関わらず一般並みの上限となりますが、54公費は所得区分に応じた上限額で計算する公費です。そのため、この事例では、低所得者の上限額である35,400円が限度となります。3割分が35,400円を超過しているため、高額療養費が発生しています。特記欄に所得区分の記載があり、かつ高額療養費発生のため、保険負担金額欄に金額の記載が必要です。

- (※) 70歳未満の人については、70歳以上（国保・後期双方）の人と違う点があります。
- 特記に所得区分の記載あり・・・高額療養費（長期高額療養費）が発生したら保険負担金額の記載が必要。
- 特記に所得区分の記載なし・・・高額療養費（長期高額療養費）が発生してもしなくても保険負担金額の記載は必要なし。
- 特記欄に所得区分（26～30）の記載があるかどうか、高額療養費（長期高額療養費）が発生しているかどうかでレセプトの記載が変わります。
- ★ 特記欄に所得区分を記載する場合とは・・・70歳以上の全ての患者、もしくは70歳未満の患者で限度額適用認定証または51（特定疾患のみ）・52・54公費の受給者証を提示された場合

**※”限度額適用認定証”とは※**

その患者の所得区分を証明する書類です。患者が所定の書類に必要事項を記載し、保険者に提出することで発行され、有効期間内に限り使用できます。この証を持っていない場合、医療機関等での窓口負担は3割分(6歳未満なら2割分)丸々支払い、それが月の限度額を超えていれば、後に保険者の窓口で償還払いを受けることになります。しかし、証を持っていれば、窓口負担がそもそもその月の限度額までで済みます。レセプトに関しても、この証が提示されていることで限度額がはっきり判るので高額療養費に関する計算が可能になり、その為負担金額記載の義務が生じます。70歳未満の患者で、限度額適用認定証や51(特定疾患のみ)・52・54公費の受給者証が提示された場合は、特記欄に所得区分の特記を記載し、尚且つ高額療養費が発生していれば保険負担金額欄への記載をしてください。

※70歳以上の高齢者に関して

平成30年8月の高額療養費に関する改正により、70歳以上の高齢者については限度額適用認定証等の提示の有無に関わらず、必ず所得区分の特記の記載をしなくてはならなくなりました。証の提示があれば、その証に記載された特記を記載し、限度額についてもそれに応じたもので計算します。逆に、証の提示がない場合は、現役並み所得者なら「26.区ア」を、一般並み所得者なら「29.区工」を記載し、限度額についてもそれらで計算します。尚、低所得者に関しては、特記欄ではなく、備考欄に「低所得Ⅰ」または「低所得Ⅱ」の記載が必要となります。

事例 8

所得区分に応じた限度額となる公費がある場合の負担金額 ②

○ 訪問看護療養費明細書

訪問看護ステーション  
コード

平成 30 年 8 月分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

6	1 社・区	3 後	1 単	2 本	人	3 高	1
訪問	2 公	4 退	2 職	3 3	6 家	10 高	7
番号	3	9	4	2	*	*	*
給付	10	7	(	9	)	8	

公費負担者番号①	5	4	4	2	*	*	*	*	公費負担者医療の受給者番号①	*	*	*	*	*
公費負担者番号②									公費負担者医療の受給者番号②					

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	*****						
---------------------	-------	--	--	--	--	--	--

氏名	事例 8			特記
性別	1 男	2 女	3 不明	4 平
生年月日	10	9	6	生
訪問した住所	30. 区オ			
継続上の事由	1 職務上	2 下転後3月以内	3 感傷災害	

）

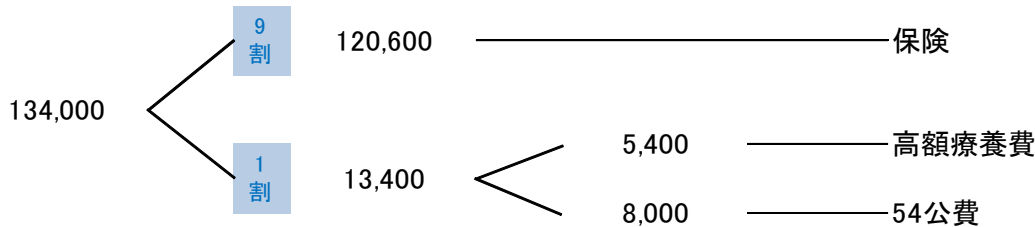
誤

合	保	請	求	決	定	負	担	金	額		
	険					円	8,000	円			
①	公					円	0	円	円	円	備考
計	費					円		円	円	円	

正

合	保	請	求	決	定	負	担	金	額		
	険					円	8,000	円			
①	公					円	0	円	円	円	備考
計	費					円		円	円	円	低所得Ⅱ

《 内訳 》



後期一般（9割給付）（低所得者）で54公費との併用レセプトです。  
 公費のほとんどは所得に関わらず一般並みの上限となりますが、54公費は所得区分に応じた上限額で計算する公費です。そのため、この事例では、低所得者の上限額である8,000円が限度となります。  
 1割分が8,000円を超過しているため、高額療養費が発生しています。高額療養費発生のため、保険負担金額欄に金額の記載が、備考欄に「低所得Ⅰ」または「低所得Ⅱ」のいずれか該当するものの記載が必要です。

事例9

所得区分に応じた限度額となる公費がある場合の負担金額 ③

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県 訪問看護ステーション  
県番号 ショート

平成 30 年 8 月 分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

6	1	社・区	後	1	単	独	本	人	高	一
訪問	2	公	費	4	退	職	3	3	2	2
3	9	4	2	*	*	*	*	給	10	8
番	号							付	7	(
										)

公費負担者 番号①	5	4	4	2	*	*	*	*	公費負担者医療の 受給者番号①	*	*	*	*	*	*
公費負担者 番号②									公費負担者医療の 受給者番号②						

被保険者証・被保険者手 帳等の記号・番号	*****									
-------------------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名	事例9										特記						
性別	1	男	2	女	1	期	2	次	3	区	4	平	10	9	6	生	30. 区才
訪問した 住所																	
継続上の事由	1	職上	2	下	転	後	3	月	以	内	3	感	染	疾	者		

低所得 I 該当者  
54公費の受給者証に記載された自己負担限度額は2,500円と  
し、54公費にかかる実際の支払いは2,460円と仮定する。

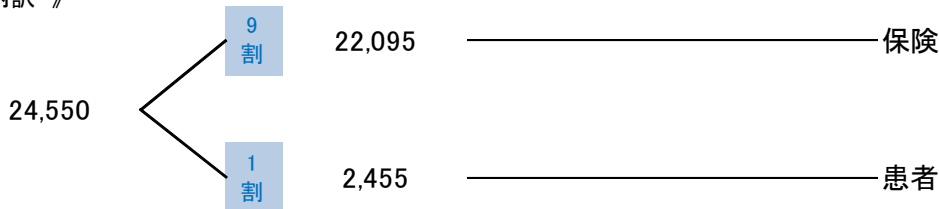
誤

合	保	険	請	求	円	※	決	定	円	負	担	金	額	円		
					24,550						2,455					
①	公	費														
計	必	公	費													

正

合	保	険	請	求	円	※	決	定	円	負	担	金	額	円		
					24,550											
①	公	費														
計	必	公	費								2,455					

《 内訳 》



内訳を見るとわかる通り、高額療養費は発生していないため、保険負担金額欄の記載は必要ありません。「誤」の方では2,455円を保険負担金額欄に記載していますが、これは公費負担医療にかかる患者負担分であるので、公費①の行の負担金額欄に記載すべき金額です。(公費負担医療にかかる患者負担額については、保険負担金額欄に金額の記載が必要ないレセプトの場合、限度額に達しない限り1円単位での記載となります)

また、全点数公費対象ですが、1割分全て患者が支払っているため公費負担分は発生していません。尚、高額療養費が発生しておらず、保険負担金額欄に金額の記載が必要ないので、備考欄への「低所得 I」記載は必要ありません。

事例 10

所得に関わらず一般並みとなる公費がある場合の負担金額 ①

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県 訪問看護ステーション  
県番号 ショールーム

平成 30 年 8 月 分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

6	1	社・国	3	後	1	単	独	2	本	人	3	高	一
訪問	2	公	費	4	退	職	3	3	2	2	4	6	歳
												10	9
												7	( )

公費負担者 番号 ①	2	1	4	2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者 番号 ②																				

保 険 者 番 号	4	2	*	*	*	*	*	*	*	給付	10	9	( )
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	---	-----

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	*****
---------------------	-------

氏 名	事例 10		特 記
性別	1 男 2 女	1 期 2 次	30. 区才
生 年 月 日	19. 3. 6		
職 務	1 職 務 上 2 下 転 後 3 月 以 内 3 感 動 災 者		

）

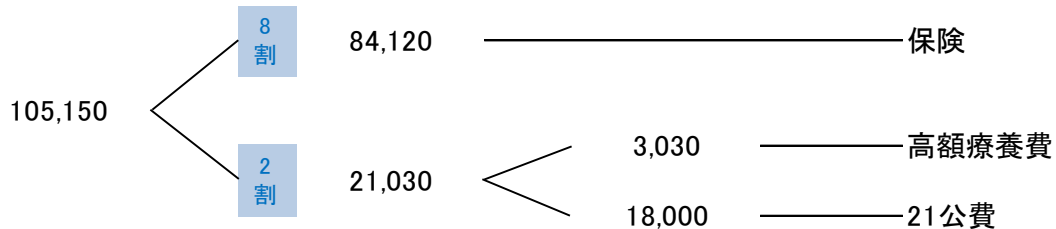
誤

合 計	保 険	105,150	決 定	8,000	負 担 金 額		
① 公 費				0	公 費 負 担 金 額		備 考
② 必 要 公 費					公 費 負 担 金 額		低所得 I

正

合 計	保 険	105,150	決 定	10,520	負 担 金 額		
① 公 費				0	公 費 負 担 金 額		備 考
② 必 要 公 費					公 費 負 担 金 額		低所得 I

《 内 訳 》



国保・高齢者一般（8割給付）（低所得者）で21公費との併用分、生年月日が昭和19年4月1日以前（指定公費あり）分です。本来ならば2割分が患者負担となること、指定公費があることで、窓口負担が1割となる患者です。

国保・高齢者一般（8割給付）（低所得者）の限度額は本来8,000円です。ただし、患者の所得に関わらず一般並みの上限額となる21公費との併用分の為、限度額は一般並みの18,000円です。

2割分が限度額を超過し、高額療養費が発生しているので、保険負担金額欄に金額の記載が必要です。

指定公費ありの患者の場合、保険負担金額欄に記載するのは1割分の金額で良いので、この事例の場合、保険負担金額欄には1割分の金額を記載します。

事例 1 1

所得に関わらず一般並みとなる公費がある場合の負担金額 ②

○ 訪問看護療養費明細書

訪問看護ステーション  
コード

平成 30 年 8 月分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

1 社・区 後 期 1 単 独 本 人 8 高 齢 一  
訪 問 2 公 費 14 退 職 3 3 併 6 家 族 10 高 齢 7

公費負担者 番号①	1 9 4 2 * * * *	公費負担者医療の 受給者番号①	* * * * * * * *	保 険 者 番 号	3 9 4 2 * * * *	給 付	10 9 8 ( )
公費負担者 番号②		公費負担者医療の 受給者番号②		被 保 険 者 証 ・ 被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号 ・ 番 号	*****		
氏 名	事例 1 1			特 記			
性別	1 男 2 女	年齢	10. 4. 6 生	26. 区ア			
職歴上の事由	1 職務上 2 下駄後3月以内 3 感傷災害			訪問看護ステー ションの住所・地及 び名称			

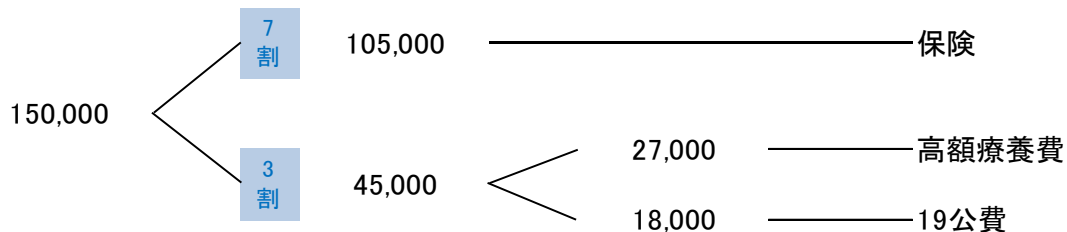
誤

合 計	保 険	150,000	決 定	負 担 金 額	45,000		
① 公費				公費負担金額		備 考	
② 公費				公費負担金額			

正

合 計	保 険	150,000	決 定	負 担 金 額	18,000		
① 公費				公費負担金額		備 考	
② 公費				公費負担金額			

《 内 訳 》



後期7割（7割給付）で19公費併用分です。  
 後期7割（7割給付）の限度額は、本来252,600円+（医療費-842,000円）×1%（多数回該当の場合140,100円）ですが、患者の所得に関わらず一般並みの上限となる19公費との併用分のため、この場合は18,000円が上限となります。  
 3割分が18,000円を上回るため、高額療養費が発生しています。  
 19公費併用分のため、患者負担は発生しませんが、保険負担金額欄に記載するのは公費負担分と患者負担分の合算額であり、保険負担金額欄に金額の記載が必要です。

事例12

月途中で国保→後期へ保険が切り替わった場合の負担金額

○ 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

平成 30 年 8 月 分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

6 1 社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 人 3 高 齢 一  
訪 問 2 公 費 4 退 職 2 2 2 4 4 4 10 9 8 一  
番 号 3 3 3 6 家 族 0 高 齢 7

**国保**

公費負担者番号①  
公費負担者番号②

公費負担者医療の受給者番号①  
公費負担者医療の受給者番号②

氏名 事例12  
性別 男 年齢 18・8・10 生  
29. 区工

特記

保険者番号 4 2 \* \* \* \* \* 給付 10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 \*\*\*\*\*

訪問看護ステーションの住所地名及び名称  
平成30年8月10日に75歳到達  
平成30年8月9日まで国保・高齢受給者該当

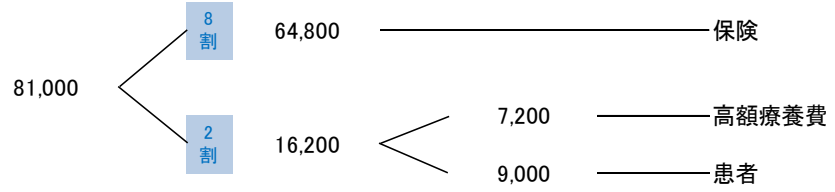
誤

合	保 険	81,000	円	決 定	円	負 担 金 額	円		
計	① 公 費		円		円	円	円	円	備 考
	② 必 公 費		円		円	円	円	円	

正

合	保 険	81,000	円	決 定	円	負 担 金 額	円	9,000	
計	① 公 費		円		円	円	円	円	備 考
	② 必 公 費		円		円	円	円	円	

《 内訳 》



○ 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

平成 30 年 8 月 分 42

\*\*\*, \*\*\*, \*

6 1 社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 人 3 高 齢 一  
訪 問 2 公 費 4 退 職 2 2 2 4 4 4 10 9 8 一  
番 号 3 3 3 6 家 族 0 高 齢 7

**後期**

公費負担者番号①  
公費負担者番号②

公費負担者医療の受給者番号①  
公費負担者医療の受給者番号②

氏名 事例12  
性別 男 年齢 18・8・10 生  
29. 区工

特記

保険者番号 3 9 4 2 \* \* \* \* \* 給付 10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 \*\*\*\*\*

訪問看護ステーションの住所地名及び名称  
平成30年8月10日に75歳到達  
平成30年8月10日から後期高齢者該当

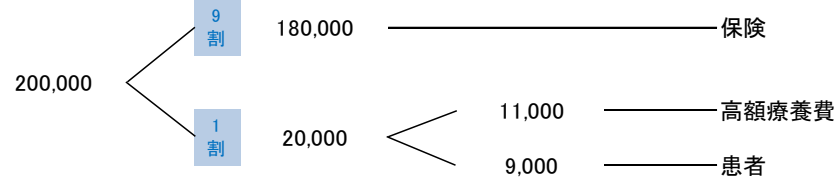
誤

合	保 険	200,000	円	決 定	円	負 担 金 額	円	18,000	
計	① 公 費		円		円	円	円	円	備 考
	② 必 公 費		円		円	円	円	円	

正

合	保 険	200,000	円	決 定	円	負 担 金 額	円	9,000	
計	① 公 費		円		円	円	円	円	備 考
	② 必 公 費		円		円	円	円	円	

《 内訳 》



## 事例 1 2

### 月途中で国保→後期へ保険が切り替わった場合の負担金額

この事例は、月の途中で75歳の誕生日を迎え、国保から後期へ保険が切り替わった場合のものです。この場合、**75歳到達月に限って限度額が通常の半額となります**（負担割合が半分になるわけではありません）。

事例では、該当月の国保の期間（8月1日～9日）について、本来ならば限度額18,000円のところ、75歳到達月のため半額の9,000円が限度額となります。高額療養費が発生しているため、保険負担金額欄に9,000円の記載が必要です。同様に、後期の期間（8月10日～31日）についても、本来の限度額は18,000円ですが、当該月については9,000円が限度額となり、高額療養費が発生していますので、保険負担金額欄に9,000円の記載が必要です。

尚、月途中で保険が切り替わる場合、どの保険からどの保険へ切り替わるか、また月のどの時期に切り替わるかで限度額が変わることがありますので充分にご注意ください。

#### \* 月途中での制度移行(保険切替)時の高額療養費の上限について \*

【後期→後期】異動前後で通算。 ※異動前後の保険者番号・受給者番号・一部負担金額をレセプトに記載してください。

【国保→後期】①障害認定など75歳到達以外の理由での切替＝各々の制度で通常の限度額まで。

②75歳到達月＝A. 1日生まれ・・・該当月に国保の期間が無い場合、後期で通常の限度額まで。

＝B. 2月29日生まれ・・・3月1日から後期に切替。2月・3月共に各々の制度で通常の限度額まで。

＝C. 75歳到達月の誕生日前に死亡・・・国保で通常の限度額まで。

＝D. 月途中(月最終日含む)に75歳到達・・・各々の制度で通常の半分の限度額。

【国保→国保】異動前後の保険者番号分それぞれ通常の限度額まで。(※)

【国保→社保】各々の制度でそれぞれ通常の限度額まで。

【社保→後期】各々の制度でそれぞれ通常の限度額まで。

【社保→国保】各々の制度でそれぞれ通常の限度額まで。

【社保→社保】異動前後の保険者番号分それぞれ通常の限度額まで。

(※)平成30年4月より都道府県が国保の保険者となることに伴い、高額療養費の多数回該当のカウントの仕方、被保険者に係る住所区分が変更になっています。ご注意ください。

平成30年3月に厚生労働省保険局国民健康保険課より出された「新たな国保制度における資格管理及び高額療養費の取扱いについて」において、以下のように示されています。

第二. 新たな国保制度における高額療養費多数該当世帯の負担軽減について

2. 住所異動月における高額療養費に係る自己負担限度額の取扱いについて

(1) 月途中の住所異動における自己負担限度額の取扱いについて

.....(中略).....

○平成30年度から、同一都道府県内の他市町村へ住所異動した場合であっても、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を通算する一方、レセプトが市町村ごとに作成されることによって、一部負担金等の額が住所異動しない場合と比べて最大2倍となることが生じうる。そこで、適用開始日現在等において世帯の継続性が認められる場合、転居月については、居住日数に関わらず、同一都道府県内の転出地市町村と転入地市町村における個人及び世帯の自己負担限度額をそれぞれ本来の2分の1に減額することとする。

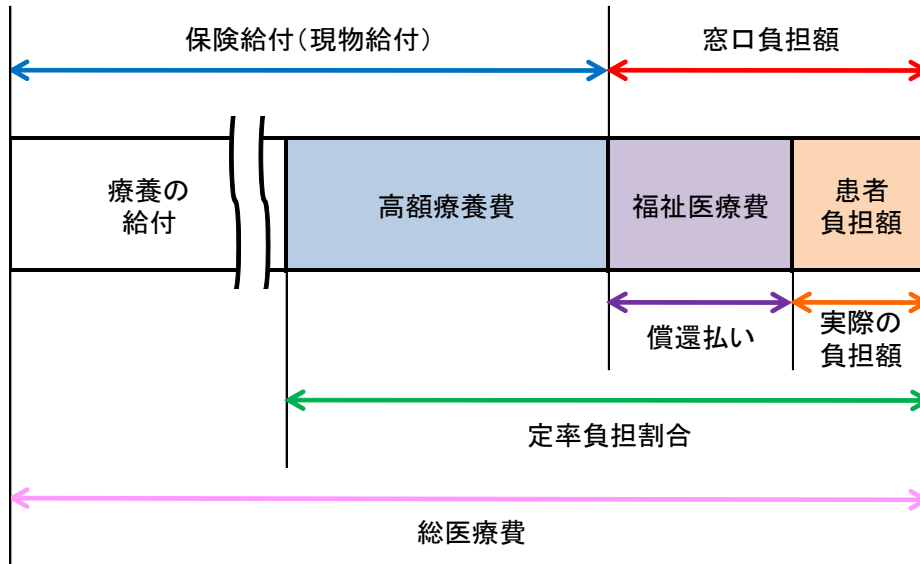
.....(中略).....

○個人及び世帯の自己負担限度額をそれぞれ本来の2分の1に減額するためには、転入地市町村による世帯の継続性の判定が必要なため、現物給付化は困難であり、市町村は、世帯主の申請に基づき転居月における自己負担額の差額を高額療養費として追加支給する。このため、世帯主は、高額療養費支給申請書等により、市町村に申請する。

## 【長崎市の福祉医療費について】

平成27年10月1日診療分より、国保・後期共に訪問看護分についても福祉医療費の支給対象となっていますが、現物給付はできませんので、償還払いとなります。

この場合の償還払いとは、あくまでも福祉医療費にかかる部分だけであり、70歳以上および限度額適用認定証等を提示した70歳未満の患者の高額療養費分については現物給付となりますのでご注意ください。



※上記の場合、レセプトの記載は、高額療養費が発生し現物給付をしているため、保険の負担金額欄に金額の記載が必要となります。



(裏表紙)