

訪問看護療養費明細書請求の手引き (国民健康保険及び後期高齢者医療)

目 次

1.請求に係る各種様式の作成について.....	1
2.訪問看護療養費明細書の記載方法について.....	3
3.東日本大震災及び台風19号に係る一部負担金免除の記載方法について....	7
4.国民健康保険 訪問看護療養費請求書の記載方法について.....	8
5.後期高齢者 訪問看護療養費請求書の記載方法について.....	10
6.訪問看護療養費総括表の記載方法について.....	12
7.総括表、請求書及び明細書の編綴方法について	14

1.請求に係る各種様式の作成について

①訪問看護療養費明細書

- ・明細書は、厚生労働省から示された様式を使用してください。
- ・記載方法については、**3～6 ページ**をご覧ください。

②訪問看護療養費請求書

- ・請求書は、「国保」と「後期高齢者医療」別に、明細書の件数や金額等を集計する様式です。
- ・国保請求書は、保険者別（仙台市の5区は仙台市で1つ）に1枚ずつ、後期高齢者請求書は、各都道府県の代表番号で1枚作成し明細書に添付します。
- ・異なる月の明細書（月遅れ分、返戻後の再請求分）は当月分と合わせて1枚の請求書に綴ってください。
- ・国の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。**
- ・請求書の本会指定様式はホームページからダウンロードしてください。
- ・記載方法については、**8～11 ページ**をご覧ください。

③訪問看護療養費総括表

- ・総括表は請求書を総計する様式です。
- ・1請求につき1枚作成し添付します。
- ・総括表の本会指定様式はホームページからダウンロードしてください。
- ・記載方法については、**12～13 ページ**をご覧ください。

④編綴方法について

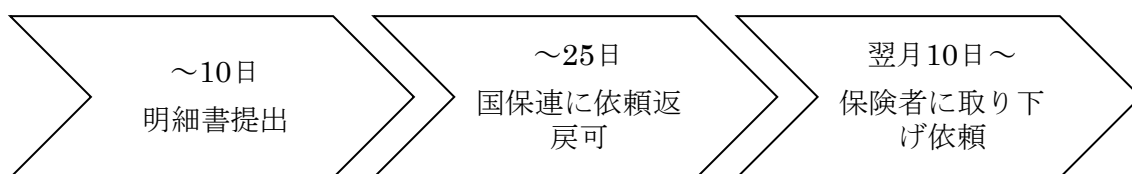
- ・請求書の最上部に総括表を添付して、その下に保険者単位に分けた請求書と明細書を編綴してください。
- ・綴じ方は、**保険者ごとに左上部をホッチキス等で綴じてください。**クリップ留めは、外れて他のステーションの請求と混合する恐れがありますので、ご遠慮願います。
- ・**同じ保険者でも新様式と旧様式の明細書がある場合には、それぞれの様式毎に請求書を作成し編綴願います。**
- ・詳細については、**14 ページ**をご覧ください。

⑤明細書の提出方法について（再請求方法を含む）

- ・明細書の提出期限は原則毎月10日必着（10日が土、日、祝日の場合は翌稼働日）となっております。遅延した場合には翌月以降に請求ください。
- ・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請求してください。（明細書のみでの提出はできません。）
- ・再請求の際は、新しく明細書を作成せず返戻となった明細書を訂正してください。やむを得ず新しく明細書を作成された場合は、訂正前の古い明細書の添付は不要です。
- ・明細書の訂正にあたっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用してください。

⑥返戻依頼、取り下げ方法について

- ・提出された明細書の返戻依頼については、所定の様式でのみ受付いたします。なお、事故防止のため、電話等による口頭の返戻依頼には応じかねますので、必ず所定の様式でご依頼ください。
- ・「診療（調剤）報酬明細書の返戻依頼」様式をご使用ください。
- ・様式は国保連合会のホームページからダウンロードしてください。
- ・当該明細書を提出月中に返戻依頼する場合は、原則当月の25日必着でご依頼いただければ、事務返戻扱いとして、支払前の返却が可能です。それ以降の返戻依頼につきましては、翌月10日以降、直接保険者へ取り下げ依頼願います。（国保の場合は該当市町村へ、後期高齢者の場合は後期高齢者医療広域連合へ依頼のこと）



⑦その他

- ・保険者が被用者保険（全国健康保険協会宮城支部（協会けんぽ）等）の明細書、並びに生活保護に係る明細書の提出先は社会保険診療報酬支払基金です。

⑧明細書提出 及び 問い合わせ先

〒980-0011 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目2番3号 宮城県自治会館5階
宮城県国民健康保険団体連合会 審査業務課訪問看護療養費担当
電話 022-222-7075

2.訪問看護療養費明細書の記載方法について

※本文中の①から⑬の表記箇所は **6 ページ** を参照してください。

- ①指定訪問看護が行われた年月を記載してください。
- ②宮城県の県番号「04」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：0291234)
- ④「保険種別、単併区分、本家区分、給付割合」欄には、下記の例に基づき該当箇所に丸印を付けてください。

国保一般の場合

①70歳以上、一般または低所得で8割の場合	6	1	社・国	3	後期	1	単併	2	本人	8	高齢一		
	訪問	2	公費	4	退職	3	3	併	6	家族	0	高齢7	
									給付	1	0	9	8
									7	()	

②70歳以上、上位所得で7割の場合	6	1	社・国	3	後期	1	単併	2	本人	8	高齢一		
	訪問	2	公費	4	退職	3	3	併	6	家族	0	高齢7	
									給付	1	0	9	8
									7	()	

③未就学で8割の場合	6	1	社・国	3	後期	1	単併	2	本人	8	高齢一		
	訪問	2	公費	4	退職	3	3	併	6	家族	0	高齢7	
									給付	1	0	9	8
									7	()	

④一般で7割の場合 ※本家区分は、世帯主は「2. 本人」、それ以外は「6. 家族」に○をつけてください。	6	1	社・国	3	後期	1	単併	2	本人	8	高齢一		
	訪問	2	公費	4	退職	3	3	併	6	家族	0	高齢7	
									給付	1	0	9	8
									7	()	

退職の場合

①本人で7割の場合	6	1	社・国	3	後期	1	単併	2	本人	8	高齢一		
	訪問	2	公費	4	退職	3	3	併	6	家族	0	高齢7	
									給付	1	0	9	8
									7	()	

②家族で7割の場合	6	1	社・国	3	後期	1	単併	2	本人	8	高齢一		
	訪問	2	公費	4	退職	3	3	併	6	家族	0	高齢7	
									給付	1	0	9	8
									7	()	

後期高齢者の場合

①後期高齢者で7割の場合	6	1	社・団	3	後	1	期	1	単	2	本	8	高
	訪	2	公	4	退	3	職	3	併	4	六	0	高
											給	1	9
											付	7	()

②後期高齢者で9割の場合	6	1	社・団	3	後	1	期	1	単	2	本	8	高
	訪	2	公	4	退	3	職	3	併	4	六	0	高
											給	1	9
											付	7	()

⑤特定医療費（指定難病）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。なお、給付割合欄は法定給付割合を記載します。

※特定医療費（指定難病）で自己負担割合が2割でも「8」に○は付けません。

保険給付割合に○をつけてください。

※災害で減額・免除・猶予の場合も法定給付割合に○をつけてください。10割ではありません。

⑥保険者番号は右詰めで記載してください。（17～18 ページの保険者一覧参照）

⑦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。

⑧被保険者番号の記号・番号を記載してください。

・仙台市の被保険者番号形態「○○○-○○○○」の、「-（ハイフン）」の記載漏れが見受けられますのでご注意願います。

・後期高齢者医療は番号のみ8桁です。

・欄内に記載されている（枝番）については、オンライン資格確認の実施後に準備が整った保険者から枝番付きの被保険者番号が付番される予定となっていることの説明です。それまでは現在の記号番号形態で記載ください。

⑨70歳以上の被保険者の場合、特記事項への記載は必須となります。

70歳未満で限度額認定証等の提示があった場合は、所得区分に応じた特記事項を記載してください。

法別51、52、54公費併用の場合は、適用区分に応じた特記事項を記載してください。（15～16 ページ参照）

⑩合計金額及び公費対象金額を記載してください。

⑪高額医療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。（※）一部負担金に減額、免除、猶予がある場合には、この欄に記載ください。

※保険請求金額×自己負担割合が自己負担限度額を超える場合、自己負担限度額を記載することになっています。

⑫第1公費及び第2公費に係る一部負担金額を記載してください。

⑬低所得の区分が記載された限度額認適用・標準負担額減額認定証または特定医療費（指定難病）受給者証、特定疾患医療受給者証または小児慢性特定疾患医療受診券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」・「低所得Ⅱ」の記載をしてください。

障害認定で後期高齢者への異動の場合は「障害」と記載してください。その際には一部負担限度額が1/2となる特例は適用されないので注意ください。

注：（新）精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合は、「特記事項」欄の「10 GAF」の数字を○で囲み、当該月の初日の指定訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値と、判定した年月日を合わせて記載すること。

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

② ③ ④

○ 訪問看護 介護費明細書

都道府県番号
訪問看護ステーションコード

6 1 社・国 3 後 期 1 単 額 2 本 人 8 高 齢
訪問 2 公 業 4 通 職 3 3 併 6 家 族 0 高 齢 7

令和 年 月 分

⑤

Table with columns for public payer numbers and medical institution numbers.

Table for insurance information including policy number and insured person details.

⑦

Table for patient information including name, sex, age, and address.

Table for visit station information including name and address.

Table for main injury name and cause of visit.

Table for guidance period and insurance details.

Table for physical condition and corresponding disease codes.

Table for caregiver details and rates.

Table for visit start/end dates and times.

Table for visit status and death status.

Table for basic care fees I (nursing, etc.).

Table for caregiver rates and additional fees.

Table for basic care fees II (nursing, etc.).

Table for caregiver rates and additional fees.

Table for management fees and other charges.

Table for caregiver rates and additional fees.

Table for management fees and other charges.

Table for caregiver rates and additional fees.

Table for information provision fees.

Table for caregiver rates and additional fees.

心身の状態欄の該当する疾病等コードの記載漏れにご注意ください。
※特別管理加算の算定要件となる別表8のコード記載漏れでの算定が散見されるので注意ください。

情報提供先等の記入漏れに注意

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。

3.東日本大震災及び台風19号に係る一部負担金免除の記載方法について

- ①明細書右上余白に「**災1**」と朱書きしてください。
- ②負担金額欄に「免除」と黒字で記載するか、手書きの場合「免除」を○で囲んでください。
- ③公費負担医療の受給者証をお持ちの患者であっても、一部負担金が免除されていることから、公費負担者番号及び公費受給者番号を記載することなく、医療保険単独明細書として請求してください。

○ 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		6 1 社・団 別 1 単 額 2 本 人 8 高 齢 1		7 費 4 退 職 3 3 併 6 家 族 0 高 齢 7	
令和 年 月 分		保 険 者		給付		1 0 9 8		(扶 養)	
公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		<p>朱書きで右上の余白に「災1」と記載してください</p>		<p>給付割合欄は法定給付を○で囲んでください。(10割ではありません)</p>		<p>黒字で「免除」と入力してください。手書き用紙の場合は免除に○をしてください。</p>	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②							
氏 名		特 記		訪問看護ステーションの		月 日 年 月 日		月 日 年 月 日	
性別		年齢		職業上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		月 日 年 月 日	
主たる傷病名		指示期間		精神科指示期間		年 月 日 ~ 年 月 日 / 年 月 日 ~ 年 月 日		実日数	
心身の状態		精神科指示期間		年 月 日 ~ 年 月 日 / 年 月 日 ~ 年 月 日		(公費分金額)		訪問日	
2人 円 × 日 円		3人以上 円 × 日 円		3日未満 円 × 日 円		3日以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
2回 1人 円 × 日 円		3回以上 円 × 日 円		3日以上 円 × 日 円		4日未満 円 × 日 円		円 × 日 円	
3回以上 1人 円 × 日 円		2回 2人 円 × 日 円		2回 1人 円 × 日 円		2回 2人 円 × 日 円		円 × 日 円	
3回以上 2人 円 × 日 円		3回以上 3人以上 円 × 日 円		3回以上 3人以上 円 × 日 円		3回以上 1人 円 × 日 円		円 × 日 円	
3回以上 3人以上 円 × 日 円		3回以上 3人以上 円 × 日 円		3回以上 1人 円 × 日 円		3回以上 2人 円 × 日 円		円 × 日 円	
② 夜間・早朝訪問看護加算 円 × 日 円		③ 看護師等 円 × 回 円		看護補助者 1人 円 × 日 円		精神保健福祉士 1人 円 × 日 円		円 × 日 円	
④ 深夜訪問看護加算 円 × 日 円		⑤ 理学療法士等 円 × 回 円		3人以上 1人 円 × 日 円		3人以上 2人 円 × 日 円		円 × 日 円	
⑥ 管理療養費 円 + 円 × 日 円		⑦ 24時間対応体制加算 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
⑧ 特別管理加算 円 × 回 円		⑨ 退院時共同指導加算 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
⑩ 特別管理指導加算 円 × 回 円		⑪ 退院支援指導加算 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
⑫ 退院支援指導加算 円 × 回 円		⑬ 在宅患者連携指導加算 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
⑭ 在宅患者緊急時等対応加算 円 × 回 円		⑮ 精神科重症患者支援管理連携加算 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
⑯ 看護・介護職員連携強化加算 円 × 回 円		⑰ 訪問看護情報提供療養費 1 市(区)町村等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
⑱ 訪問看護情報提供療養費 2 学校等 円 × 回 円		⑲ 訪問看護ターミナルケア療養費 3 保険医療機関等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
⑳ 訪問看護情報提供療養費 3 保険医療機関等 円 × 回 円		㉑ 市(区)町村等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
㉒ 学校等 円 × 回 円		㉓ 市(区)町村等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
㉔ 保険医療機関等 円 × 回 円		㉕ 学校等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
		㉖ 保険医療機関等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
		㉗ 市(区)町村等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
		㉘ 学校等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
		㉙ 保険医療機関等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
		㉚ 市(区)町村等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
		㉛ 学校等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	
		㉜ 保険医療機関等 円 × 回 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		3人以上 3人以上 円 × 日 円		円 × 日 円	

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。

4.国民健康保険 訪問看護療養費請求書の記載方法について

※本文中の①から⑦の表記箇所は **9 ページ**を参照してください。

- ①指定訪問看護が行われた年月を記載してください。ただし、再請求の明細書等、当該訪問月以外の明細書が請求書中に入っているも構いません。(例：5月訪問分の請求書に、返戻となった4月訪問分の請求書を含める。)
- 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：0291234)
- ③6桁の保険者番号と保険者名を記載してください。(17 ページの保険者一覧参照)
(仙台市は代表保険者番号「044008」を記載し、請求書1枚に全区の明細書を綴ってください。)
- 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、本会にお届けいただいている印鑑を押印してください。
- ⑥請求区分毎に、件数、日数、金額の合計を記載してください。
- ⑦公費負担医療に係る請求がある場合は、再掲欄に明細書の件数、日数、金額の合計を再掲してください。

訪問看護療養費請求書

①
令和 年 月分

③
保険者名 殿

訪問看護ステーション
の所在地及び名称 ⑤
指定訪問看護事業者氏名
印

下記のとおり請求する。

④
令和 年 月 日

保 険 者 番 号				品番号	ステーションコード				表 別
	③			0 4			②		6

区 分		件 数	日 数	金 額	備 考
国 民 保 険 者	70歳以上 一般所得	K 1			
	70歳以上 7割	J 1			
	未就学者	A 2			
	7割	7		⑤	
	本人	7 3			
	被扶養者	7 4			
	未就学者	B 2			
そ の 他 の 公 費 (再 掲)	70歳以上 一般所得	K 2			
	70歳以上 7割	J 2			
	未就学者	A 3		⑦	
	7割	6			
	本人	6 3			
	被扶養者	6 4			
	未就学者	B 3			

5.後期高齢者 訪問看護療養費請求書の記載方法について

※本文中の①から⑦の表記箇所は **11 ページ**を参照してください。

- ①指定訪問看護が行われた年月を記載してください。ただし、再請求の明細書等、当該訪問月以外の明細書が請求書中に入っている構いません。(例：5月訪問分の請求書に、返戻となった4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：0291234)
- ③8桁の保険者番号(県毎の代表番号)を、「39」に続けて記載してください。
(記載例は、宮城県の代表番号です。宮城県以外の番号については、18ページの保険者一覧参照)
- 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、本会にお届けいただいている印鑑を押印してください。
- ⑥請求区分毎に、件数、日数、金額の合計を記載してください。
- ⑦公費負担医療に係る請求がある場合は、再掲欄に明細書の件数、日数、金額の合計を再掲してください。

①

令和 年 月分

訪問看護療養費請求書

広域連合殿

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
電話番号
指定訪問看護事業者氏名

⑤

印

④ 下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

③

後期高齢者医療

保 険 者 番 号

県番号

ステーションコード

表 別

3 9 0 4 0 0 0 1 0 4 ②

6

		件数	日数	金額	負担金額
後期高齢9割	請求				円
	※決定			⑩	
後期高齢7割	請求				
	※決定				

公費負担医療（再掲）		件数	日数	金額	負担金額
後期高齢9割	請求				円
	※決定			⑪	
後期高齢7割	請求				
	※決定				

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

6.訪問看護療養費総括表の記載方法について

※本文中の①から⑦の表記箇所は **13 ページ**を参照してください。

- ①訪問年月を記載してください。返戻再請求の明細書等、当該訪問月以外の明細書が請求書中に入っている構いません。(例：5月訪問分の請求書に、返戻となった4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：0291234)
- ③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。
- ④国民健康保険の明細書の件数、日数、金額の総計を記載してください。
- ⑤後期高齢者医療の明細書の件数、日数、金額の総計を記載してください。
- ⑥公費負担医療に係る請求がある場合は、再掲欄に明細書の件数、日数、金額の合計を再掲してください。
- ⑦上記④と⑤の合計を記載してください。(漏れが散見されます。)

訪問看護療養費総括表

令和 年 月 日
①

ステーションコード
046- ②

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
電話番号 ③
指定訪問看護事業者氏名

(受付印)

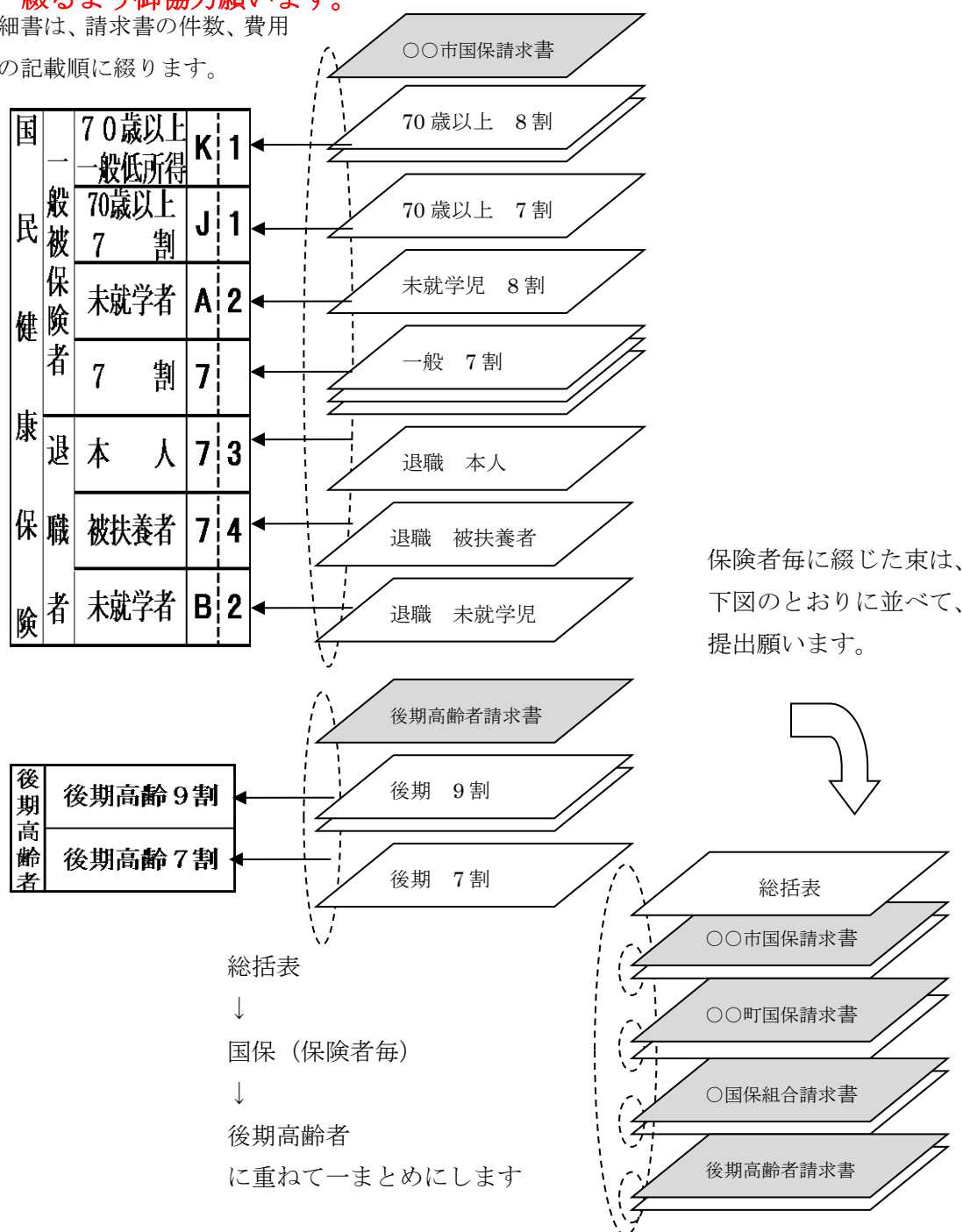
区分		件数	日数	金額
国保	一般	70歳以上一般 低所得		
		70歳以上7割		
		未就学児		
		7割		④
	退職	本人		
		家族		
		未就学児		
後期高齢者医療	9割			
	7割		⑤	
公費負担			⑥	
合計			⑦	

※公費負担医療は、国保欄のうち該当分の再掲であること。

7. 総括表、請求書及び明細書の編綴方法について

- ① 請求書と明細書は、保険者毎に取りまとめ、左上部をホッチキス等で綴じます。（糊は使用しないこと。）
- ② 保険者毎の束となった請求書・明細書の先頭に総括表を載せ、一つにまとめます。（総括表と請求書の束はホチキスで綴じません）
- ③ **新様式と旧様式の明細書が混在する場合、様式毎に請求書を作成し明細書を綴るよう御協力願います。**

明細書は、請求書の件数、費用額の記載順に綴ります。



「特記」欄について

(H30.7.31付「診療報酬請求書等の記載要領について」等の一部改正について)より抜粋)

コード	略称	内 容
26	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ア))が提示された場合 ②「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の適用区分(ア)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律(以下「難病法」という。)に基づく医療受給者証(以下「特定医療受給者証」という。)、特定疾患医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く。)
		70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(3割))の提示のみの場合 ②「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の適用区分(VI)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く。)
27	区イ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(イ))が提示された場合 ②「標準報酬月額53万～79円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下)の世帯」の適用区分(イ)の記載のある特定医療受給者証、特定疾患医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「32」に該当する場合を除く。)
		70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅡ又は現役Ⅱ))が提示された場合 ②「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の適用区分(V)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「32」に該当する場合を除く。)
28	区ウ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ウ))が提示された場合 ②「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下)の世帯」の適用区分(ウ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「33」に該当する場合を除く。)
		70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅠ又は現役Ⅰ))が提示された場合 ②「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(IV)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「33」に該当する場合を除く。)

コード	略称	内 容
29	区エ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額26万以下(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(エ))が提示された場合 ②「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の適用区分(エ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「34」に該当する場合を除く。)
		70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得145万円未満)の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(2割)又は(1割))の提示のみの場合 ②「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得145万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「34」に該当する場合を除く。)
30	区オ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「低所得者の世帯」の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(適用区分(オ))が提示された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分(オ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「35」に該当する場合を除く。)
		70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「低所得者の世帯」の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(適用区分が(Ⅰ又はⅡ))が提示された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分(Ⅰ又はⅡ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

宮城県内の保険者番号一覧

	国民健康保険	後期高齢者医療
宮城県（代表保険者番号）		39 04 0 0 0 1（※2）
仙台市	04 4 0 0 8（※1）	
仙台市 青葉区	04 4 0 1 6	39 04 1 0 1 7
仙台市 宮城野区	04 4 0 2 4	39 04 1 0 2 5
仙台市 若林区	04 4 0 3 2	39 04 1 0 3 3
仙台市 太白区	04 4 0 4 0	39 04 1 0 4 1
仙台市 泉区	04 4 0 5 7	39 04 1 0 5 8
石巻市	04 0 0 2 2	39 04 2 0 2 3
塩竈市	04 0 0 3 0	39 04 2 0 3 1
気仙沼市	04 0 0 5 5	39 04 2 0 5 6
白石市	04 0 0 6 3	39 04 2 0 6 4
名取市	04 0 0 7 1	39 04 2 0 7 2
角田市	04 0 0 8 9	39 04 2 0 8 0
多賀城市	04 0 0 9 7	39 04 2 0 9 8
岩沼市	04 0 1 1 3	39 04 2 1 1 4
蔵王町	04 0 1 2 1	39 04 3 0 1 3
七ヶ宿町	04 0 1 3 9	39 04 3 0 2 1
大河原町	04 0 1 4 7	39 04 3 2 1 1
村田町	04 0 1 5 4	39 04 3 2 2 9
柴田町	04 0 1 6 2	39 04 3 2 3 7
川崎町	04 0 1 7 0	39 04 3 2 4 5
丸森町	04 0 1 8 8	39 04 3 4 1 9
亘理町	04 0 1 9 6	39 04 3 6 1 7
山元町	04 0 2 0 4	39 04 3 6 2 5
松島町	04 0 2 2 0	39 04 4 0 1 1
七ヶ浜町	04 0 2 3 8	39 04 4 0 4 5
利府町	04 0 2 5 3	39 04 4 0 6 0
大和町	04 0 2 6 1	39 04 4 2 1 9
大郷町	04 0 2 7 9	39 04 4 2 2 7
富谷市	04 0 2 8 7	39 04 2 1 6 3
大衡村	04 0 2 9 5	39 04 4 2 4 3
色麻町	04 0 3 3 7	39 04 4 4 4 1
涌谷町	04 0 3 9 4	39 04 5 0 1 8
女川町	04 0 6 8 3	39 04 5 8 1 0
加美町	04 0 7 5 8	39 04 4 4 5 8
栗原市	04 0 7 6 6	39 04 2 1 3 0
登米市	04 0 7 7 4	39 04 2 1 2 2
東松島市	04 0 7 8 2	39 04 2 1 4 8
美里町	04 0 7 9 0	39 04 5 0 5 9
南三陸町	04 0 8 0 8	39 04 6 0 6 5
大崎市	04 0 8 1 6	39 04 2 1 5 5
歯科医師国保組合	04 3 0 1 8	
医師国保組合	04 3 0 2 6	
建設業国保組合	04 3 0 3 4	

※1 請求書に記載する保険者番号です。仙台市の場合、代表保険者番号(044008)を使用します。

※2 後期高齢者医療は、構成市町村番号で明細書を作成し、請求書は、宮城県の代表保険者番号(39040001)を使用します。

全国後期高齢者医療の保険者番号一覧

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
栃木県	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、都道府県単位毎に上記の代表保険者番号で作成します。