

# 国保だより

## — 第 21 号 —

発行 宮城県国民健康保険団体連合会  
 仙台市青葉区上杉1-2-3  
 TEL 022-222-7075 (審査業務課)  
 022-222-7074 (審査管理課)  
 022-222-7170 (情報管理課)  
<http://www.miyagi-kokuho.or.jp/>

### 1 平成20年4月からの乳幼児医療費助成事業の実施について

宮城県保健福祉部子ども家庭課から通知があり、平成20年4月1日からの市町村の助成対象年齢等については下記のとおりとなります。

#### ① 助成対象年齢

助 成 対 象 年 齢	市 町 村
入通院：中学校修了前 (15歳到達日以後最初の年度末まで)	七ヶ宿町、色麻町、女川町
入通院：中学校就学前 (12歳到達日以後最初の年度末まで)	加美町
入 院：義務教育就学前 (6歳到達日以後最初の年度末まで) ----- 通 院：中学校就学前 (12歳到達日以後最初の年度末まで)	涌谷町
入通院：義務教育就学前 (6歳到達日以後最初の年度末まで)	仙台市、石巻市、白石市、名取市、角田市、 登米市、栗原市、東松島市、村田町、川崎町、 丸森町、亘理町、山元町、七ヶ浜町、大和町、 大郷町、富谷町、美里町
入 院：義務教育就学前 (6歳到達日以後最初の年度末まで) ----- 通 院：6歳未満	岩沼市
入 院：義務教育就学前 (6歳到達日以後最初の年度末まで) ----- 通 院：4歳到達日以後最初の年度末まで	大河原町
入 院：7歳未満 ----- 通 院：4歳未満	松島町
入 院：義務教育就学前 (6歳到達日以後最初の年度末まで) ----- 通 院：4歳未満	塩竈市、多賀城市、大崎市、利府町
入 院：義務教育就学前 (6歳到達日以後最初の年度末まで) ----- 通 院：3歳未満	気仙沼市、蔵王町、柴田町、大衡村、本吉町、南 三陸町

#### ② 食事療養費の助成

全 額 助 成	村田町、柴田町、丸森町、大郷町、女川町
半 額 助 成	川崎町、富谷町、美里町

## 変更点

- (1) 石巻市(旧石巻市・旧牡鹿町に居住している3歳～小学校就学前児童の通院に係る一部負担金の助成割合) 【変更前】 75%助成  
【変更後】 100%助成
- (2) 白石市・名取市・村田町・川崎町・七ヶ浜町  
【変更前】 通院：4歳未満(村田町3歳未満)  
【変更後】 通院：義務教育就学前(6歳到達日以後最初の年度末まで)
- (3) 岩沼市  
【変更前】 通院：5歳未満  
【変更後】 通院：6歳未満(6歳の誕生日の属する月の月末まで)
- (4) 大河原町  
【変更前】 通院：3歳未満  
【変更後】 通院：4歳到達日以後最初の年度末まで
- (5) 加美町  
【変更前】 入通院：7歳到達日以後最初の年度末まで  
【変更後】 入通院：中学校就学前(12歳到達日以後最初の年度末まで)

## 2 宮城県国民健康保険団体連合会直通電話(ダイヤルイン)について

国保連合会の電話は各課直通となっておりますので、下記を参考に問い合わせ願います。

審査業務課 (医科・歯科・調剤の請求等に関すること・再審査に関すること・レセプト022-222-7075 プト電算処理システム確認試験、オンライン請求に関すること)

審査管理課 (社保乳幼児の請求・柔整・訪問看護・保険医療機関等の開設者変更等022-222-7074 審査委員会・保険医療機関からの再審査申立に関すること)

情報管理課 (過誤調整に関すること)  
022-222-7170

介護保険課 (介護保険の請求に関すること)  
022-222-7079

## 3 診療(調剤)報酬明細書の編綴方法等について

本会では、平成20年4月受付分から事務処理の効率化を図るため、紙での診療(調剤)報酬明細書及び添付文書等のすべてを磁気化することになりましたので、下記3項目についてご協力をお願いします。

- ① 診療(調剤)報酬明細書の続紙  
A列4番(下部の切取りは不要です。)
- ② 症状詳記・日計表・参考資料等  
A列4番(診療年月・医療機関(薬局)コード・患者名を記載願います。)
- ③ 診療(調剤)報酬明細書の続紙等の編綴方法  
左上をホチキス又はこより等で綴じるようお願いします。  
(糊付けは行わないようお願いします。)

## 4 光ディスク等を用いて請求される保険医療機関及び保険薬局の皆様へ

光ディスク等(FD・MO)の媒体による診療(調剤)報酬請求書を配達業者に依頼し提出される場合は、破損等の防止のため封筒等の余白に FD在中 又は MO在中 と朱書きして下さるようご協力願います。

様式1

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

機 関 コ ー ド	
保 険 医 療 機 関 等 の 所 在 地 及 び 名 称	
開 設 者 氏 名	
電 話 番 号	

### 診療(調剤)報酬明細書の返戻依頼について

下記、診療(調剤)報酬明細書を返戻くださるようお願いします。

診 療 年 月	入 院 外 科 来 院 別	区 分	保 険 者 番 号	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	老 人 受 給 者 番 号 公 費 受 給 者 番 号	ふ り が な 患 者 氏 名	請 求 点 数	返 戻 理 由
		国 保 ・ 老 人 退 本 ・ 退 家						
		国 保 ・ 老 人 退 本 ・ 退 家						
		国 保 ・ 老 人 退 本 ・ 退 家						
		国 保 ・ 老 人 退 本 ・ 退 家						
		国 保 ・ 老 人 退 本 ・ 退 家						

※1. 宮城県内の保険者に係る返戻依頼は、提出月の末日まで必着で本会に提出願います。それ以降は、各保険者へ直接依頼願います。

2. 宮城県以外の他県保険者に係る返戻依頼は、提出月の20日まで必着で本会に提出願います。

なお、当月提出分以外については、本会から他県保険者に依頼しますので、速やかに本会に提出願います。

3. 所要事項を記入し、区分欄の国保・老人・退職本人・退職家族別を○で囲んで速やかに提出して下さい。

4. 返戻理由は必ず記入願います。

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

機 関 コ ー ド	
保 険 医 療 機 関 等 の 所 在 地 及 び 名 称	
開 設 者 氏 名	
電 話 番 号	

社会保険乳幼児医療費の返戻依頼について

下記の請求を返戻願います。

診療年月	入外区分	乳幼児公費負担者番号	乳幼児受給者番号	受給者氏名	請求点数	乳幼児医療 請求額	返戻理由
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					

- ※1. 国保連合会に対する返戻依頼は、社保乳幼児医療費請求書を提出した当月末まで受付いたします。翌月以降は、各市町村へお問い合わせください。
- 2. 入外区分は、3:未就学者入院、4:未就学者外来、5:家族入院、6家族外来の該当する数字を○で囲んでください。
- 3. 返戻理由は必ず記入願います。

5 特定疾患治療研究事業の対象疾患の請求について

認定を受けている特定疾患治療研究事業の対象疾患と異なる疾病番号及び傷病名の記載が見受けられますので、提出の際は特定疾患医療受給者証を確認願います。

また、公費負担の範囲は「特定疾患医療受給者証に記載されている対象疾患及び当該疾患名に附随して発現する傷病に対する治療研究に限るものとする」とされていますのでご注意願います。

疾病番号	疾患名
1	ベーチェット病
2	多発性硬化症
3	重症筋無力症
4	全身性エリテマトーデス
5	スモン
6	再生不良性貧血
7	サルコイドーシス
8	筋萎縮性側索硬化症
9	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎
10	特発性血小板減少性紫斑病
11	結節性動脈周囲炎
12	潰瘍性大腸炎
13	大動脈炎症候群
14	ピュルガー病
15	天疱瘡
16	脊髄小脳変性症
17	クローン病
18	難治性の肝炎のうち劇症肝炎
19	悪性関節リウマチ
20	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及びパーキンソン病)
21	アミロイドーシス
22	後縦靭帯骨化症
23	ハンチントン病
24	モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)
25	ウェゲナー肉芽腫症
26	特発性拡張型(うっ血型)心筋症
27	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
28	表皮水疱症(接合部型及び栄養障害型)
29	膿疱性乾癬
30	広範脊柱管狭窄症
31	原発性胆汁性肝硬変
32	重症急性膵炎
33	特発性大腿骨頭壊死症
34	混合性結合組織病
35	原発性免疫不全症候群
36	特発性間質性肺炎
37	網膜色素変性症
38	プリオン病
39	原発性肺高血圧症
40	神経線維腫症
41	亜急性硬化性全脳炎
42	バッド・キアリ(Budd-Chiari)症候群
43	特発性慢性肺血栓栓症(肺高血圧型)
44	ライソゾーム病
45	副腎白質ジストロフィー

< 例 >

診療報酬明細書 (医科入院外)

市町村		老人受	
公費①	51 46027	公受①	27 23456
公費②		公受②	

傷病名	(1) 脊髄小脳変性症
	(2) 神経因性膀胱

脊髄小脳変性症は公費受給者番号上2桁は16となるが、27の他系統萎縮症の番号で請求しているため、番号と病名が不一致となっている。

## お知らせ

## 1 レセプト提出日

提出期限は下記のとおりとなっておりますが、早期提出にご協力をお願いいたします。

提出月	紙レセプト請求	FD又はMO請求		オンライン請求
	提出期限	提出協力日	提出期限	提出期限
4月	4月10日(木)	4月9日(水)	4月10日(木)	毎月10日 (※)
5月	5月12日(月)	5月8日(木)	5月9日(金)	
6月	6月10日(火)	6月9日(月)	6月10日(火)	
7月	7月10日(木)	7月9日(水)	7月10日(木)	
8月	8月11日(月)	8月7日(木)	8月8日(金)	

(※) オンライン請求分について毎月10日にエラーとなったレセプトデータのみ12日が提出期限となります。

## 2 診療報酬支払予定日

診療月	2月	3月	4月	5月
支払予定日	4月28日(月)	5月29日(木)	6月27日(金)	7月30日(水)

## 宮城県からのお知らせ

## \*国民健康保険被保険者証を無効とすることについて

このことについて、宮城県保健福祉部から下記のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

保険者番号・保険者名	450080 宮城県西都市
被保険者証の記号・番号	9-996 (平成19年 4月20日交付)
このことに関する問合せ先	西都市健康管理課国保係 TEL0983-43-1111

保険者番号・保険者名	320911 島根県津和野町(再交付の表示のないもの)
被保険者証の記号・番号	49-7100013 (平成19年 9月25日交付)
被保険者証の記号・番号	49-7410003 (平成19年 9月25日交付)
被保険者証の記号・番号	49-3428553 (平成19年 9月25日交付)
このことに関する問合せ先	津和野町健康福祉課保険係 TEL0856-72-0651

保険者番号・保険者名	290544 奈良県平群町
被保険者証の記号・番号	13-350590 (平成19年 4月 1日交付)
被保険者証の記号・番号	13-380119 (平成19年 4月 1日交付)
このことに関する問合せ先	平群町健康保険課 TEL0745-45-1001

保険者番号・保険者名	290676 奈良県高取町
被保険者証の記号・番号	奈26 20-045 (平成19年 4月 1日交付)
このことに関する問合せ先	高取町住民福祉課保健福祉グループ TEL0744-52-3334