

国保だより

— 第 47 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
 発行人 事務局長 門間 博幸
 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 富谷町市制移行に伴う保険者番号の変更について

平成28年10月10日富谷町市制移行に伴い、保険者番号が下記のとおりとなりました。宮城県内の保険者番号一覧については、本会ホームページに掲載しております。

	(旧) 富谷町	(新) 富谷市
国 保	040287	040287 (変更なし)
後期高齢者	39044235	<u>39042163</u>

2 保険医療機関、保険調剤薬局、訪問看護ステーションの皆様へのお願い

診療（調剤）報酬明細書の依頼返戻書について

本会に返戻を依頼する際に提出する「診療（調剤）報酬明細書の返戻依頼について」の様式を変更いたしました。（別添（様式1）のとおり）

返戻依頼の際は、別添様式をコピーするか、本会ホームページからダウンロードしてご利用願います。

乳幼児医療費請求書（社保用）の送付先について

乳幼児医療費請求書（社保用）は本会に送付願います。

支払基金宮城支部への誤送が多く発生しておりますので、送付先を再確認願います。

診療（調剤）報酬請求等について

平成29年1月以降の診療（調剤）報酬請求書等の受付締切日は、後記「レセプト提出日」のとおりです。

月初から受付を行っておりますので、早期提出に協力願います。

また、受付時間は各日とも午前8時30分から午後5時15分までとなっておりますので、持参又は郵送等の場合、提出期限の時間内に必着でお願いいたします。

医療費助成申請書について

助成申請書（心身障害者・母子父子家庭）は、レセプト等の提出期限（必着）までに提出願います。（提出期限を過ぎた場合は、該当市町村へ直接送付してください。）

他県分の助成申請書（心身障害者・母子父子家庭）及び乳幼児助成申請書は、本会では受付できませんので、該当する都道府県の市町村へ直接送付願います。

第三者行為のレセプト表示について

国保及び後期高齢者医療の被保険者が、交通事故など第三者行為によって負傷し保険証を使用して受診した場合は、レセプトの「特記事項」欄に「10第三」と表示願います。

レセプト等の誤送例等について

次のとおり誤送が毎月発生しておりますので、送付前に再度確認願います。

- ・国保と社保を入れ違えて送付された。
- ・診療（調剤）報酬請求書のみを送付し、助成申請書などを入れ忘れていた。
- ・送付された磁気媒体にデータが入っていなかった。

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、早期提出に協力願います。

提出月	FD・MO・CD-R又は紙レセプト請求		オンライン請求
	提出協力日	提出期限	提出期限
29年1月	1月 6日（金）	1月10日（火）	毎月10日 （※）
2月	2月 9日（木）	2月10日（金）	
3月	3月 9日（木）	3月10日（金）	
4月	4月 7日（金）	4月10日（月）	

（※）オンライン請求分で毎月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診療報酬等支払予定日

審査月 （診療月）	11月 （10月）	12月 （11月）	29年1月 （12月）	2月 （1月）	3月 （2月）
電子レセプト 請求医療機関	12月20日 （火）	29年1月20日 （金）	2月20日 （月）	3月21日 （火）	4月20日 （木）
紙レセプト 請求医療機関	12月28日 （水）	29年1月30日 （月）	2月27日 （月）	3月30日 （木）	4月27日 （木）

平成28年度診療報酬請求書等受付期限・診療報酬支払予定日年間日程表を本会ホームページに掲載しております。

3 精神病床長期入院患者の診療報酬明細書の記載について

精神病床長期入院患者の食事療養費について、平成28年4月1日において既に1年を超えて精神病床に入院している者は、経過措置として当分の間1食あたり260円で据え置きとなっております。該当者については、診療報酬明細書記載要領にて「摘要」欄に「標準負担額経過措置（精神）入院年月日：平成（昭和）〇年〇月〇日」の記載が必要と定められていますので、請求の際は下記についてご留意ください。

【 媒体・オンライン請求機関 】

コメントコード

840000136（標準負担経過措置（精神）精神入院年月日：平成 年 月 日）

840000140（標準負担経過措置（精神）精神入院年月日：昭和 年 月 日）

にてデータ作成をお願いします。

【 紙請求機関 】

従来どおり摘要欄へ記載をお願いします。

※一般所得者に対する経過措置のため、低所得者については、上記診療行為コードとコメントコードは不要です。

※上記についてのお問い合わせ先は、審査業務課（TEL 022-222-7075）となります。

4 平成28年10月以降の乳幼児医療費助成事業の実施について

宮城県内市町村の助成対象範囲が、下記のとおり変更されております。

【平成28年10月からの変更市町村と変更内容】

（変更市町村のみ抜粋）

市町村	変更内容	変更後	変更前
石巻市	外来	中学3年生（15歳年度末）	小学6年生（12歳年度末）
	所得制限	入院分のみ所得制限なし	入院・外来とも所得制限あり
白石市	所得制限	なし	あり
多賀城市	外来	小学6年生（12歳年度末）	小学3年生（9歳年度末）
栗原市	入院・外来	高校3年生（18歳年度末）	中学3年生（15歳年度末）
大崎市	外来	中学3年生（15歳年度末）	小学6年生（12歳年度末）
蔵王町	入院・外来	高校3年生（18歳年度末）	中学3年生（15歳年度末）
利府町	入院・外来	高校3年生（18歳年度末）	中学3年生（15歳年度末）
	自己負担額	0歳～未就学児：なし 小学1年生～高校3年生： 外来 500円／医療機関ごと月の初回診療時のみ 入院 500円／医療機関ごと月5,000円を限度	0歳～小学6年生：なし 中学生： 外来500円／回 入院500円／日
	所得制限	なし	あり
南三陸町	所得制限	なし	あり

★ 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以下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	被保険者証記号番号 交付年月日	被保険者証を 無効とする日	問合せ先	備考
030072 岩手県久慈市	007-0098019 平成27年8月1日 平成27年8月24日	平成28年5月30日	久慈市 市民課国保係 Tel0194-52-2111	「㊟」の表示 のないものに 限る
	007-0071943 平成27年8月1日	平成28年6月1日		
110015 埼玉県川越市	250-0060 平成27年10月1日	平成28年5月31日	川越市 国民健康保険課 資格賦課担当 Tel049-224-8811	
460089 鹿児島県出水市	鹿出 15240972 平成28年8月3日	平成28年9月9日	出水市 市民生活課 健康保険係 Tel0996-63-4041	「再」の表示 のないものに 限る
	鹿出 10125075 平成28年7月14日	平成28年9月14日		
460196 鹿児島県 南さつま市	南さつま 0166472 平成27年8月1日	平成28年7月28日	南さつま市 保健課 国保年金係 Tel0993-53-2111	「再交付」の 表示がないも のに限る
	南さつま 0196852 平成27年8月1日	平成28年8月22日		
	南さつま 0220665 平成27年8月1日	平成28年9月7日		
	南さつま 00079103 平成27年11月10日	平成28年9月12日		
463026 鹿児島県 歯科医師国保組合	鹿歯 01-435 平成27年8月1日	平成28年7月20日	鹿児島県 歯科医師国保組合 Tel099-223-5923	「再発行」の 表示がないも のに限る
461152 鹿児島県南種子町	南国保-68419 平成28年4月1日	平成28年7月29日	南種子町 保健福祉課 保険給付係 Tel0997-26-1111	「㊟」の表示 のないものに 限る
	南国保-69637 平成28年4月1日	平成28年8月8日		
461384 鹿児島県屋久島町	屋国保 00302624 平成28年2月1日	平成28年8月5日	屋久島町 健康増進課 国民健康保険係 Tel0997-47-2111	再交付の表示 のないものに 限る

診療（調剤）報酬明細書の返戻依頼について

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	担当者名

下記、診療（調剤）報酬明細書を返戻くださるようお願いいたします。
 （ 国保 ・ 後期 ） / （ 県内 ・ 県外 ） 保険者 分明細書

診療年	請求年	請求月	入外別 (科別)	保険者番号	被保険者証 記号・番号	ふりがな 患者氏名	生年月日	請求点数	返戻理由
年	年	月	入院・外来 ()	記号 番号	記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		
年	年	月	入院・外来 ()	記号 番号	記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		
年	年	月	入院・外来 ()	記号 番号	記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		
年	年	月	入院・外来 ()	記号 番号	記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		
年	年	月	入院・外来 ()	記号 番号	記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		

【県内保険者分】宮城県内の保険者及び広域連合に係る返戻依頼は提出月の25日（12月は20日）まで必着で本会に提出願います。
 なお、当月提出分以外のものや締切を過ぎたものは各保険者及び広域連合へ直接依頼願います。

【県外保険者分】宮城県以外の他県保険者及び他県広域連合に係る返戻依頼は、提出月の15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等に依頼しますので、速やかに提出願います。

※「国保と後期」、「県内保険者分と県外保険者分」は該当する方を○で囲みそれぞれ別の紙に記入して提出願います。
 ※所定事項を記入し、入外別を○で囲み、科別があれば（ ）内に記入願います。
 ※返戻理由は必ず記入願います。

記入方法

- 旧様式からの変更箇所は太枠で囲っています。
- 再請求レセプト(返戻となり月遅れ分として再請求するレセプト)の取り下げについては請求年月欄に最初の請求年月でなく、再請求をした年月を記載願います。
- 不明な点等ございましたら審査業務課 (TEL 022-222-7075) までご連絡ください。

②医療機関コード等鮮明に記載してください。

診療(調剤)報酬明細書の返戻依頼について

平成 年 月 日

①申出年月日を記載してください。

宮城県国 健康保険団体連合会 御中

機関コード	健康保険機関等の所在地及び名称	開設者氏名	電話番号	担当者名
-------	-----------------	-------	------	------

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。」
 (国保・後期) / (県内・県外) 保険者 分明細書

③国保・後期のいずれか、県内・県外のいずれかを選びマルで囲んでください。(変更箇所1)

診療年	請求年	請求月	入外別(科別)	入院・外	被保険者証	ふりがな患者氏名	生年月日	請求点数	返戻理由
年	年	月	入院・外	()			明・大・昭・平 年 月 日		
年	年	月	入院・外	()			明・大・昭・平 年 月 日		

④診療年月等記載欄に請求年月欄を追加しました。また、県内保険者分の返戻依頼は当月請求分のみ可能ですのでご注意ください。(変更箇所2)

⑤県内保険者分と県外保険者分では提出締め切りが異なりますのでご注意ください。

【県内保険者分】宮城県内の保険者及び広域連合に係る返戻依頼は提出月の25日(12月は20日)まで必着で本会に提出願います。なお、当月提出分以外のものや締切を過ぎたものは各保険者及び広域連合へ直接依頼願います。

【県外保険者分】宮城県以外の他県保険者及び他県広域連合に係る返戻依頼は、提出月の15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等に依頼しますので、速やかに提出願います。

- ※「国保と後期」、「県内保険者分と県外保険者分」は該当する方を○で囲みそれぞれ別の紙に記入して提出願います。
- ※所要事項を記入し、入外別を○で囲み、科別があれば()内に記入願います。
- ※返戻理由は必ず記入願います。