

保保発1205第1号
保国発1205第1号
保高発1205第1号
平成26年12月5日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
後期高齢者医療主管課（部）長
全国健康保険協会理事長
健康保険組合理事長

） 殿

厚生労働省保険局保険課長
（公印省略）
厚生労働省保険局国民健康保険課長
（公印省略）
厚生労働省保険局高齢者医療課長
（公印省略）

被保険者資格喪失後の受診により発生する返還金の保険者間での調整について

被保険者資格喪失後の受診により発生する返還金については、被保険者等（被保険者及び被扶養者をいう。以下同じ。）が旧保険者等（被保険者等が過去に加入していた医療保険者及び後期高齢者医療広域連合。以下同じ。）に対して、保険給付分にあたる返還金を支払い、併せて、現保険者等（被保険者等が現在加入している又は当該保険給付分につき請求を行うことができる医療保険者及び後期高齢者医療広域連合をいう。以下同じ。）に対して、療養費を請求することが原則である。

平成25年3月26日付けで会計検査院長から厚生労働大臣に対し、会計検査院法第34条の規定により、医療給付費の過誤払による不当利得の返還金債権の把握、管理については是正及び是正改善の措置を求められるとともに、同法第36条の規定により、「被保険者資格喪失後の受診等による返還金にかかる医療費相当額を保険者等の中で相互に調整できる体制を整備することについて検討すること」との意見表示がなされたこと、保険者等からの強い要請があることなど、被保険者等が現保険者等に対して有する療養費請求権等について旧保険者等が代理受領するための枠組み（以下「保険者間調整」という。）の整備が求め

られていることを踏まえ、被保険者等の負担の軽減及び旧保険者等における速やかな債権の回収という点を考慮し、保険者間調整について下記のとおり取り扱うこととしたので、その実施に遺漏なきよう期されたい。

記

第1 保険者間調整については、以下の(1)～(6)の手順により、行うこと。なお、被保険者資格を喪失した場合における返還金については、被保険者等から徴収することが原則であり、保険者間調整は、被保険者等と旧保険者等の間で受領委任がある場合に可能な調整方法であることから、当該調整の実施要否については当該保険者等において判断すべきものであること。また、この場合において、旧保険者等は、現保険者等から給付される額が返還金の額に満たない場合には、その差額を返還する必要があることを被保険者等に十分に説明すること。

- (1) 被保険者等と旧保険者等との間において、被保険者等が本来受け取るべき現保険者等からの療養費等の受領を旧保険者等が代理することについての委任がなされる場合には、旧保険者等は、被保険者等に対し別紙1「資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書(委任状兼同意書)」及び別紙3「各種申請書」の必要事項の記入を依頼するとともに、別紙2「支給申請書」の必要事項を記入すること。なお、保険者間調整を行うにあたっては、旧保険者等から現保険者等に対し、支払い方法や添付書類等の事前確認を行うことなど、円滑な実施に配慮すること。
- (2) 旧保険者等は(1)において記入済みの申請書等の写しをとった上で、当該申請書等に、旧保険者等が保有する当該申請に係る診療(調剤)報酬明細書その他必要な書類を添付し、現保険者等に対して送付すること。また、申請書等の写しを、旧保険者等において保管すること。
- (3) 現保険者等は、(2)において旧保険者等から送付された申請書等について審査の上、支給又は不支給の決定を行うこと。当該支給決定又は不支給決定については、被保険者等に対し決定通知又は不支給決定通知を送付するとともに、支払額がある場合は、旧保険者等に支払額及び支払日の通知並びに支払を行うこと。不支給決定を行った等により、支払額がない場合は、その旨を被保険者等及び旧保険者等に通知すること。
- (4) 旧保険者等は、代理受領した療養費等を自らが保有する返還金債権に充当した上で、その結果を被保険者等に通知すること。
- (5) 現保険者等は、支給すべき金額が、旧保険者等へ受取を委任された額を超える場合には当該差額について被保険者等に支払うこと。
- (6) 旧保険者等は、代理受領した金額が、返還金の金額に満たない場合は、その差額を被保険者等に請求すること。(3)において支払額がない旨の連絡を受け取った場合も、再度返還金の請求を行うことに留意すること。

第2 国民健康保険の保険者と保険者間調整を行う場合、第1において示す方法によるほか、保険者の事務処理の負担を軽減する観点から、国民健康保険団体連合会に精算業務の一部を委託することも可能であること。

第3 保険者等が第4に規定する適用期日前にすでに支給した保険給付について、この通知による保険者間調整が可能であること。

第4 適用期日

この通知による保険者間調整については、平成27年1月1日より行うものであること。

(別紙1)

資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書 (委任状 兼 同意書)

旧保険者等名	殿
現保険者等名	殿

私は、旧保険者等名を資格喪失後に旧保険者等名被保険者証を使用して受診したことによって発生した医療費の返還方法について、受診時に加入していた現保険者等名に支給申請することができる療養費等を旧保険者等名が代理申請、代理受領し、返還金債権に充当して精算することを希望すると同時に、下記の事項について委任及び同意します。

記

1. 委任する事項

- 受診時に加入していた現保険者等名に支給申請することができる療養費等を、旧保険者等名が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを旧保険者等名に委任します。

2. 同意する事項

- 療養費等の支給申請に必要な、旧保険者等名が保有する診療報酬明細書の写し等を受診時に加入していた新保険者等名へ直接提供すること。
- 旧保険者等名と現保険者等名との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
- 旧保険者等名が代理受領した療養費等を、返還金債権に充当して精算すること。

以上

平成 年 月 日

被保険者の氏名 ※1				印
被保険者の住所	〒 -			
電話番号				
療養を受けた者の氏名 ※2		被保険者との続柄※3		

注1) 受診時に加入されていた健康保険の保険者が国民健康保険の場合は、※1に世帯主の氏名を記入してください。

注2) 療養を受けた者が※1と同じ者である場合は、※2及び※3欄の記入は必要ありません。

※ 受診時に加入されていた健康保険について、お持ちの健康保険被保険者証等を確認のうえ、ご記入ください。(旧保険者等名が受診時にご加入されていた健康保険の保険者に療養費等を支給申請する際に必要な情報となります。)

保険者名称		保険者番号							
-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

被保険者証記号・番号	
------------	--

(別紙3-1)

療養費申請書(年 月分)

(現保険者等) 殿

療養を受けた者の 氏名及び生年月日	氏名	(フリガナ)	申請者との 続柄	
	生年月日	年	月	日
医療機関等	名称	(フリガナ)		
	所在地			
	医師名等			
療養内容	傷病名		発病又は負傷年月日	
			年	月 日
療養期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		日数	日
科別区分	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他		入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
原因及び経過			第三者の行為によるものか	
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
療養の給付をうけることができなかった理由		療養内容		
診療に要した費用の額		食事療養費の有無		食事療養費用の額
円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)
被保険者の氏名：
生年月日：
現保険者等での被保険者証の記号・番号：
注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印

出産育児一時金等申請書

(現保険者等) 殿

出産した者	氏名	(フリガナ)	申請者との続柄	
	生年月日			
出産年月日	平成	年	月	日
出生児氏名			分娩の種類	
			<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産 (週)	

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)
被保険者の氏名：

生年月日：

現保険者等での被保険者証の記号・番号：

注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印

葬祭費・埋葬料申請書

(現保険者等) 殿

死亡した者	氏名	(フリガナ)	申請者との続柄
	生年月日	平成 年 月 日	
	被保険者番号		
死亡年月日	平成 年 月 日		
原因			第三者の行為によるものか
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
○介護保険法のサービスを受けていたとき			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
埋葬年月日			埋葬に要した費用の額
平成 年 月 日			円

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)

被保険者の氏名：

生年月日：

現保険者等での被保険者証の記号・番号：

注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印

移送費申請書

(現保険者等) 殿

移送を受けた者の氏名及び生年月日	氏名	(フリガナ)	申請者との続柄
	生年月日	年	月 日
移送年月日			
移送に要した費用の額			
疾病名及びその原因			
発病又は負傷年月日	平成	年	月 日
移送経路			
移送方法			
付添人の氏名及び住所等	氏名	住所	

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)
被保険者の氏名：
生年月日：
現保険者等での被保険者証の記号・番号：
注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印

(別紙3-5)

高額療養費申請書(年 月分)

(現保険者等) 殿

療養を受けた者の氏名及び生年月日	氏名 明大 年 月 日 昭平 (続柄：)	氏名 明大 年 月 日 昭平 (続柄：)	氏名 明大 年 月 日 昭平 (続柄：)	
傷病名				
医療機関等	名称			
	所在地			
療養を受けた期間	年 月 日から 日まで (日間)	年 月 日から 日まで (日間)	年 月 日から 日まで (日間)	
支払った自己負担額	円	円	円	
他の公的制度により自己負担相当額等の支給を受けることができるか。	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名)	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名)	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名)	
	<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられない	
今回の申請の診療月以前に1年間に三回以上高額療養費を支給を受けた場合(請求中のものも含む)	診療月	平成 年 月分	平成 年 月分	平成 年 月分

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)

被保険者の氏名：

生年月日：

現保険者等での被保険者証の記号・番号：

注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主の情報を記入してください。

印