特定呼吸器疾病患者に係る診療報酬（自己負担分）の請求の手引き【病院・診療所用】

1　制度について

名古屋市では、特定呼吸器疾病患者医療救済条例に基づく認定患者に対して医療費の一部負担金及び入院時食事療養の標準負担額の助成を行っています。

この制度では、認定疾病に係る健康保険の医療費の自己負担分が助成されることになります。

2　請求及び支払い

（1）請求できる額

医療機関が請求できる医療費の額は、認定疾病に係る医療費の額(健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額)×認定患者が負担すべき割合(その者が加入している社会保険の種類等により定められた患者負担の割合)となります。

なお、公害健康被害の補償等に関する法律に基づいて認定された患者と異なり、特定呼吸器疾病患者は、肺炎球菌ワクチンの接種費用は、対象になりませんのでご注意ください。

（2）請求

①特定呼吸器疾病患者医療費等支払請求書(病院・診療所用)…記載例①参照
②特定呼吸器疾病患者医療費等支払請求内訳書(入院)　…記載例②参照
③特定呼吸器疾病患者医療費等支払請求内訳書(通院)　…記載例③参照
④診療報酬明細書　…記載例④参照

【記入上の留意事項】
・認定疾病に係る診療部分だけを記入してください。
・国保連合会又は社会保険診療報酬支払基金に提出する診療報酬明細書の写しによる場合で、認定疾病以外の疾病に係る診療点数が含まれている際には、認定疾病(その続発症を含む)に係る診療点数などの請求部分をアンダーラインを引くか、請求しない部分を抹消するかによりわかりやすく表示をしてください。
※上から①,②,③,④の順に揃え、散逸しないようホッチキスで綴じてください。

（3）提出方法及び提出期限

診療月の翌月10日までに到着するよう、下記へ送付してください。

(送付先)
〒460-8508
名古屋市中区三の丸三丁目1番1号
名古屋市役所　環境局地域環境対策部
公害保健課給付担当

（4）支払い

請求内容を確認のうえ、請求月の翌月末日(末日が金融機関の休業日の場合は直後の金融機関営業日)に、ご指定の金融機関の預金口座に振り込みます。

事前に、振込先を記載した口座振替申込書の提出が必要です。必要な書類をお送りしますので必ず公害保健課(電話:052-972-2689)までご連絡ください。

記載例①

レセプトの件数を区分（入院・入院外）ごとに記入してください。

特定呼吸器疾病に係る診療点数を区分ごとに集計し、記入してください。

レセプトの診療月を記入してください。

特定呼吸器疾病患者医療費等支払請求書（病院・診療所用）

令和　６年１０月分

区分		件数	診療点数	食事療養（標準負担額）	金額
請求額	入院	2 件	76,821 点	17,680 円	63,660 円
	入院外	3 件	2,422 点		4,780 円
※審査済額	入院	件	点		
	入院外	件	点		
※決定額	入院	件	点		
	入院外	件	点		円
※過誤調整額	入院	件	点	円	円
	入院外	件	点		円

特定呼吸器疾病に係る請求金額をレセプト毎に計算した上で集計し、記入してください。
（入院外請求金額の内訳）※記載例③参照
1,011点×3割負担 = 3,033 ⇒ 3,030円
1,077点×1割負担 = 1,077 ⇒ 1,080円
334点×2割負担 = 668 ⇒ 670円
合計：4,780円

入院と入院外のレセプト件数を合計し、記入してください。

請求件数	手数料
5 件	1,100 円

@220円（手数料200円＋消費税）×件数

上記のとおり請求する。

令和　６年　１１月　５日

診療月の翌月１日以降の日付を記入のうえ、10日までにご提出ください。

（あて先）名　古　屋　市　長

医療機関
- 所在地　名古屋市中区三の丸三丁目１番１号
- 名称　名古屋二の丸病院
- 開設者氏名　名古屋　一郎

※の欄には記入しないでください。

（名古屋市提出用）

請求書の右下欄外に医療機関番号を記載してください。

10600001

記載例②

入院
1

入院が複数月にわたる場合、診療月毎に内訳書を作成してください。

病院等：1を記入してください。

患者医療費等支払請求内訳書

請求年月	2 年	月
	0 6	1 1

診療年月	6 年	月
	0 6	1 0

医療機関名	名古屋二の丸病院	
医療機関コード	別表 10 1	医療機関コード 0 6 0 0 0 0 1

レセプトを並べた順番(認定番号順)で記入してください。

認定番号	氏名	生年	26 公費負担割合 10%	20%	30%	高額療養	27 後期高齢	28 診療点数	35 食事療養(標準負担額)	40 ※	47 ※	52 ※増減コード 原因	複数
A－10107	名古屋　太郎	35	1	2	③	4	1	528					
A－10108	名古屋　花子	10	1	2	3	④	1	44 400	17 680				
－			1	2	3	4	1						
－					3	4	1						
－					3	4	1						
－					3	4	1						
－			1	2	3	4	1						
－			1	2	3	4	1						
－			1	2	3	4	1						
－			1	2	3	4	1						
－			1	2	3	4	1						
－			1	2	3	4	1						
－			1	2	3	4	1						
小計	2 名							76,821 点	17,680 円				
総合計	2 名							76,821 点	17,680 円				

医療手帳を確認のうえ認定番号を記入してください。

患者の生年(和暦)の数字2桁のみを記入してください。

健康保険適用者の場合
・所定の公費負担割合に○を付けてください。
・診療点数欄に**特定呼吸器分請求点数**を記入してください。

【注意！】
高額療養費制度適用者について
・自己負担限度額内でご請求ください。
・特定呼吸器分の診療金額が限度額を上回る場合は、公費負担割合の「4」に○を付け、診療点数欄は**自己負担上限額**(単位は円)を記入してください。

※の欄には記入しないでください。

(名古屋市提出用)

記載例③

月遅れ請求の場合、診療月毎に内訳書を作成してください。

病院等：1，薬局：4，訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ：5を記入してください。

通院 2

特定呼吸器疾病患者医療費等支払請求内訳書

請求年月	2年		月	
	0	6	1	1

診療年月	6年		月	
	0	6	1	0

医療機関名	名古屋二の丸病院						
医療機関コード	別表10	医療機関コード					
	1	0	6	0	0	0	1

レセプトを並べた順番(認定番号順)で記入してください。

健康保険適用者の場合
・所定の公費負担割合に〇を付けてください。
・診療点数欄に**特定呼吸器分請求点数**を記入してください。

18 認定番号	氏名	生年	公費負担割合 10%	20%	30%	高額療養	後期高齢	診療点数
A－101019	名古屋 次郎	62	1	2	③	4	1	1,011
A－101110	名古屋 三郎	02	1	2	3	4	①	1,080
A－101111	名古屋 四郎	23	1	②	3	4	1	334
－			1	2	3	4		
－			1	2	3	4		
－					3	4		
－			1	2	3	4		
－			1	2	3	4		
－			1	2	3	4		
－			1	2	3	4	1	
－			1	2	3	4	1	
－			1	2	3	4	1	
－			1	2	3	4	1	
－			1	2	3	4	1	
－			1	2	3	4	1	
小計	3 名							2,422 点
総合計	3 名							2,422 点

医療手帳を確認のうえ認定番号を記入してください。

患者の生年(和暦)の数字2桁のみを記入してください。

【注意！】
後期高齢者医療制度適用者の場合
・公費負担割合は記入せず、「**後期高齢**」欄の「1」に〇を付けてください。
（1割・2割・3割負担者とも）
・診療点数欄には、1円単位を四捨五入した**特定呼吸器分患者自己負担額**(単位は円)を記入してください。

例：名古屋三郎の場合　1割負担者
診療点数1077点，自己負担額1080円
(※3割負担者ならば自己負担額3230円)

【注意！】
特定呼吸器分請求点数を集計して記入してください。
例：名古屋三郎の場合　1割負担者
診療点数1077点，自己負担額1080円の場合は、1077点で集計してください。

※の欄には記入しないでください。　(名古屋市提出用)

記載例④

特定呼吸器疾病患者医療費支払請求に係る診療報酬明細書作成例

記載例④

診療報酬明細書（医科入院外）　2 国　　令和 6年 10月分

市 町 村	2 7 ＊ ＊ ＊ ＊ ＊	老 人 受	○ ○ ○ ○ ○ ○
公 費 ①		公 受 ①	
公 費 ②		公 受 ②	

県番　医コ

		1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一
保 険	3 9 ○ ○ ○ ○ ○ ○	給割 9			
記号・番号	＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊				

上記のように負担割合が分かるようにしてください。

氏名	名古屋　五郎 1 男　3 昭和　2 生	特 記 事 項
職務上の理由		

保険医療機関の所在地及び名称　名古屋市中区三の丸三丁目1番1号　名古屋二の丸病院

診療開始日を必ず記入してください。

傷病名	(1)気管支喘息(主) ~~(2)骨粗鬆症~~ ~~(3)便秘症~~ (4)慢性気管支炎 ~~(5)高血圧症~~	診療開始日	(1) 14年8月23日 ~~(2) 14年8月23日~~ ~~(3) 14年8月23日~~ (4) 14年8月23日 ~~(5) 14年8月23日~~	転記	診療実日数　保 1 日　① 日　② 日

11	初診			回	
12 再診	再診	73 ×	1	回	73
	外来管理加算	52 ×	1	回	52
	時間外	×		回	
	休日	×		回	
	深夜	×		回	
13	医学管理				97
14 在宅	往診			回	
	夜間			回	
	深夜・緊急			回	
	在宅患者訪問診療			回	
	その他				
	薬剤		140		252
20 投薬	21 内服薬剤		~~196~~	単	~~532~~
	内服調剤	9 ×	1	回	9
	22 屯服薬剤			単	
	23 外用薬剤		3	単	282
	外用調剤	6 ×	1	回	6
	25 処方	42 ×	1	回	108
	26 麻毒			回	
	27 調基				8
30 注射	31 皮下筋肉内			回	
	32 静脈内			回	
	33 その他			回	
40 処	処置			回	
	薬剤				
50 手	手術・麻酔			回	
	薬剤				
60 検	検査			回	
	薬剤				
70 画	画像診断			回	
	薬剤				
80 他	処方せん			回	
	その他				
	薬剤				

(13)	＊薬剤情報提供料	10 ×	1
	＊特定疾患療養管理料(100床以上200床未満)	87 ×	1
(21)	~~＊ワンアルファ錠0.25　1T~~	~~1 ×~~	~~28~~
	~~＊ディオバン錠80mg　1T~~	~~9 ×~~	~~28~~
	＊メプチン錠50μg　1T	1 ×	28
	＊テオドール錠200mg　2T	3 ×	28
	＊ザジテンカプセル1mg　2C	5 ×	28
(23)	＊フルタイド100ディスカス 100μg60ブリスター　1個	173 ×	1
	＊サルタノールインヘラー　13.5ml　1瓶	81 ×	1
	＊イソジンガーグル液7%　90ml	28 ×	1
(25)	＊特定疾患処方管理加算2(処方料)	66 ×	1

【注意！】
診療内容に医療手帳に記載されている認定疾病以外の疾病に係る診療の点数が含まれている場合には、認定疾病及びその続発症に関する診療の点数並びに、入院時食事療養費の標準負担額等の請求部分が判るように表示してください。
※例のように請求分以外のものを抹消するか、もしくは請求するものにアンダーラインを引くなどして、判りやすく表示してください。

※医療手帳の認定番号を確認のうえ記載しておいてください。

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
		887　~~1,167~~			
	①	特定呼吸器疾病分		特定呼吸器疾病分	
	②				

A-10110

※認定疾病に係る合計点数を記入してください。

※高額　円　※公　円　※公　円