

特定呼吸器疾病患者に係る調剤報酬（自己負担分）の請求について 【薬局用】

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

薬局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。

(2) 請求

- ①特定呼吸器疾病患者医療費支払請求書 …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(通院) …記載例②参照
- ③調剤報酬明細書 …記載例③参照

【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調剤報酬明細書の写しによる場合で、調剤内容に認定疾病以外の疾病に係る調剤点数が含まれている際には、認定疾病(その続発症を含む)に係る調剤点数などの請求部分をアンダーラインで引くか、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。

また、②の内訳書については、通院用のものを使用してください。

(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

レセプトの診療月を記入してください。 特定呼吸器疾病患者医療費支払請求書（薬局用） レセプトの件数を記入してください。 令和 6年10月分		
区 分	件 数	金 額
請 求 額	3 件	6,990 円
※ 審 査 済 額	件	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。 （請求金額の内訳）※記載例②参照 $1,241 \text{ 点} \times 3 \text{ 割負担} = 3,723 \Rightarrow 3,720 \text{ 円}$ $1,906 \text{ 点} \times 1 \text{ 割負担} = 1,906 \Rightarrow 1,910 \text{ 円}$ $678 \text{ 点} \times 2 \text{ 割負担} = 1,356 \Rightarrow 1,360 \text{ 円}$ 合計：6,990 円
※ 決 定 額	件	
※ 過 誤 調 整 額	件	円

上記のとおり請求する。

令和 6年11月 1日

医療機関

所在地

名古屋市中区三の丸三丁目 2 番 2 号

名 称

三の丸調剤薬局

開設者氏名

環境 一郎

名 古 屋 市 長 殿

※の欄には記入しないでください。

(名古屋市提出用)

請求書の枠外右下に
 医療機関番号を記入してください。

40699999

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
	06	11

診療年月	6年	月
	06	10

医療機関名	三の丸調剤薬局							
医療機関コード	別表	医療機関コード						
	04	0	6	9	9	9	9	9

レセプトを並べた順番(認定番号順)で記入してください。

18

26 27 28

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。

認定番号	氏名	生年	公費負担割合				高額療養費	後期高齢	診療点数
			10%	20%	30%				
A-10109	名古屋 次郎	62	1	2	③	4	1		1241
A-10110	名古屋 三郎	02	1	2	3	4	①		1910
A-10111	名古屋 四郎	23	1	②	3	4	1		678
—			1	2	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	3名								3,825点
総合計	3名								3,825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。

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○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1906点, 自己負担額1910円
(※3割負担者ならば自己負担額5720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1906点, 自己負担額1910円
の場合は、1906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)

特定呼吸器疾病患者医療費支払請求に係る調剤報酬明細書作成例

記載例③

調剤報酬明細書

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

薬コ

4 調剤

3 後期

1 単独

8 高外一

保険

3 9 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

給割

9

記号・番号

*

*

*

*

*

*

*

*

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年1月3日生

特記事項

職務上の理由

保険薬

名古屋市中区三の丸三丁目2番2号

局の所

在地及

三の丸調剤薬局

び名称

医療機関

名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

名古屋二の丸病院

保険医氏名

1 名古屋 一郎 6

2 名古屋 五郎 7

3 8

4 9

5 10

受付回数

保 1 回

① 回

② 回

医師番号

処方月日

調剤月日

処方

医薬品名・規格・剤型・用法

単位薬剤料点

調剤数量

調剤報酬点数

調剤料

薬剤料

加算料

公費分点数

1

10.4

10.4

オノンカプセル112.5mg 4 C

27

28

78

756

テオドール錠200mg 2 T

22

※1

616

ガスタ D錠20mg 2 T

「内服」分2 朝食後・夕食後

1

10.4

10.4

テルダクトンA錠25mg 1 T

15

28

78

420

フルバスク錠5mg 1 T

1

※2

28

スピート錠10mg 1 T

ブレドニン錠5mg 1 T

「内服」分1 朝食後

1

10.4

10.4

メプチンエアー10 μg 0.0143%5ml 1 瓶

83

1

10

83

「外用」発作時

1

10.4

10.4

アドエア500ディスカス60プリスター 1 キット

830

1

10

830

「外用」1日2回 朝食後と就寝前1吸入ずつ

1

10.4

10.4

リドメックスコ 軟膏0.3% 25 g

96

1

10

96

計

80

ヒルドイドソフト軟膏0.3% 25 g

「外用」1日2回 塗布

2

10.4

10.4

ジタロ ド点眼液 0.1% 10 ml

69

1

0

69

「外用」1日4回 左眼点眼

2

10.4

10.4

クラビット点眼液 10 ml

98

1

0

98

「外用」1日4回 左眼点眼

医療手帳の認定番号を確認のうえ記載してください。

A-10110

調剤内容に認定疾病以外の疾病に係る点数が含まれる場合

* 認定疾病及びその続発症に関する調剤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ください。

* 調剤基本料及び指導料は、主疾病に係るものとして算定してください。薬剤の銘柄数の多い方が主疾病とご判断ください。なお、銘柄数が他疾病分と同数の場合は、特定呼吸器でご請求ください。

* 他疾病分を含めた複数の薬剤に対する調剤料は、銘柄数の多い方に算定してください。なお、同数の場合は、特定呼吸器でご請求ください。（記載例では、※1は特定呼吸器、※2は他疾病分として算定）

摘要

請求点

※ 決定点

一部負担金額 円

基本料 点

時間外 点

指導料

保険

特定呼吸器疾病分 1,655

基A1 41

薬A1 41

①

②

※認定疾病に係る合計点数を記入してください。