

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

公害保健課保健企画係(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

<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">レセプトの診療月を記入してください。</div> <p style="text-align: center;">特定呼吸器疾病患者医療費支払請求書（薬局用）</p> <div style="float: left; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">レセプトの件数を記入してください。</div> <p style="text-align: right;">令和 1年10月分</p>		
区 分	件 数	金 額
請 求 額	3 件	6,320 円
※ 審 査 済 額	件	円
※ 決 定 額	件	円
※ 過 誤 調 整 額	件	円

上記のとおり請求する。

令和 1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

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

※の欄には記入しないでください。

(名古屋市提出用)

40699999

通院

2

特定呼吸器疾病患者医療費等支払請求内訳書

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。

請求年月	2年	月
	01	11

診療年月	6年	月
	01	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	06	99	99	99

認定番号	氏名	生年	公費負担割合				後期高齢	診療点数
			10%	20%	30%	高額療養		
A-10109	名古屋 次郎	62	1	2	③	4	1	1243
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							3,827点
総合計	3名							3,827点

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○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。

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・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)

