

公害診療報酬のご請求について（介護老人保健施設の皆さまへ）

1 公害医療手帳

公害医療手帳は、被認定者の資格を判断するものであり、被認定者がその認定疾病に係る療養の給付を受けるための証明書としての役割を果たしています。被認定者は、その認定疾病に係る療養の給付を受けるために医療機関を受診する場合には、この手帳を窓口で提示することになっていきますので、診療に先立ち、公害医療手帳によって被認定者の氏名、認定疾病の名称、認定有効期間等を確認してください。

2 診療（療養の給付）の範囲

被認定者は、公害医療手帳を提示して認定疾病に係る診療等を受けることとなりますが、その対象となる医療の範囲は次のとおりです。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 医学的処置、手術及びその他の治療
- (4) 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護移送

3 窓口での医療費の取り扱い

認定疾病とその続発症の治療に係る医療費については、その全額を本制度で負担することになっていきますので、一部負担金を徴収していただく必要はありません。

なお、被認定者であっても、認定疾病以外の疾病の治療を受けた場合及び公害医療手帳の有効期間が切れている場合には本制度は適用されませんので、ご注意ください。

4 介護保険法との調整

介護保険法に規定する介護老人保健施設は、公害医療機関であるため公害診療報酬を請求できます。介護老人保健施設はその性格上、介護を目的とした施設であるため、公健法の指定疾病の療養を目的として入所することは通常ないものと考えられますが、認定疾病に係る療養を施設内で行った場合、公害診療報酬は認定疾病以外の疾病が主病で入院している場合と同様に取り扱うこととしています。

(1) 公健法の補償給付優先の原則

公健法による療養の給付の支給がされた場合には、介護保険法等、公健法施行令の規定により同一の事由について当該療養の給付に相当する給付等を支給すべき保険者等は、その支給された療養の給付の価格の限度で当該義務を免れることになっていきます。

(2) 公健法に基づく療養の給付と他制度に基づく給付が行われた場合の取扱い

認定疾病と他疾病を持つ被認定者が、公害医療機関で両疾病について診察を受けた場合には、当該公害医療機関は、認定疾病については公害診療報酬の算定方法に基づき名古屋市に請求を行い、他疾病については当該他制度に係る法令の規定により保険者及び本人への請求を行うこととなっています。

5 医療費（診療報酬）の額の算定

公害医療機関で行った診療に係る報酬の額の算定は、健康保険法に基づく医科診療報酬点数表の例によって算定した点数に1点当たりの単価を乗じて行います。1点当たりの単価は次のようになっています。

- (1) 薬剤料、特定保険医療材料、酸素その他の材料の費用 10円
- (2) その他の診療費 12円

6 請求について

医療費の請求は、診療月ごとに「公害診療報酬請求書（病院・診療所用）」（以下「請求書」という）に「公害診療報酬明細書」（以下「レセプト」という）を添付して診療月の翌月の10日（必着）までに下記請求先あて提出してください。

期日を過ぎてしまった場合は翌月分として取扱います。

請求先

〒460-8508

名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

名古屋市環境局

公害保健課保健企画係（給付担当）

散逸しないよう、左上をホチキスで留めてください

公害診療報酬明細書 令和04年3月分 3

公害診療報酬明細書 令和04年3月分 3

公害診療報酬明細書 令和04年3月分 3

令和4年3月分 公害診療報酬請求書 病院 診療所用 様式第一号

区分	入院		入院外		手取額	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額
請求額	3	123,700			3	990
※決定額						
※決定合計額						

上記のとおり請求する。

**請求書を一番上にしてください。
その下に、レセプトを認定番号順に
並べてください。**

(注) 患印の欄には記入しないこと。
医療機関コードも必ず記入すること。

名古屋市提出用

<初めて公害診療報酬をご請求される医療機関の皆さまへ>

初めて公害診療報酬を請求されるときは、振込先（金融機関名、店舗名、預金種別、口座番号及び口座名義人）を記載した口座振替申込書の届けが必要になります。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。

7 請求書及びレセプトの作成

(1) レセプト記載の方法

診療内容の摘要欄記載は、一般のレセプトと同様です。点数欄については、公害疾患特掲診療費と薬剤料、フィルム代等の材料費を「1点10円」欄に、その他を「1点12円」欄（入院）にそれぞれ点数を記入してください。

請求書とレセプトの具体的な記入方法については、公害診療報酬等請求書及び公害診療報酬明細書に関する記入例を参考にしてください。

なお、請求書の請求金額の欄につきましては、訂正が認められていませんので、誤ってしまった場合は再度作成しなおしてください。

(2) レセプト記載にあたっての注意事項

疾病名欄(1)欄においては、当該被認定者の公害医療手帳に記載されている認定疾病に付された記号を○で囲んでください。疾病名欄(2)欄については、当該診療報酬請求に係る診療の対象とした認定疾病の続発症名を全て記載してください。

8 介護保険及び利用者負担との調整方法

(1) 調整対象となる給付費等

公健法の療養の給付等と調整対象となる給付費には、特別療養費・緊急時施設療養費・所定疾患施設療養費の3つがあります。公害診療がこれらの給付費の算定要件を満たす場合は、対象給付費の介護報酬額と公害診療報酬額を比べて調整します。また、上記給付費以外のものでも、認定疾病に係る療養を行った場合は、公害診療報酬を請求できます。

(2) 調整方法

下記ア、イ、ウの場合で異なります。

ア 認定疾病に関する診療が特別療養費・緊急時施設療養費・所定疾患施設療養費のいずれかの算定要件を満たし、 <u>公害診療報酬額が対象給付費の介護報酬額を上回る場合</u> →該当する給付費については介護保険・施設利用者に請求を行わず、公害レセプトで全額請求して下さい。

イ 認定疾病に関する診療が特別療養費・緊急時施設療養費・所定疾患施設療養費のいずれかの算定要件を満たすが、 <u>公害診療報酬額が対象給付費の介護報酬額を下回る場合</u> →以下の【請求の流れ】に沿ってご請求下さい。（*例1、2参照）

ウ 認定疾病に関する診療（ア、イを除く）を行い、 <u>公害診療報酬額が介護報酬額を下回る場合</u> →以下の【請求の流れ】に沿ってご請求下さい。（*例3参照）
--

【請求の流れ】

①認定疾病に関する診療は公害レセプトにより請求して下さい。
(公害診療分については、介護保険者と施設利用者の負担分はありません。)

②介護報酬額と公害診療報酬額の差額の取扱い

＜介護保険者への請求分＞

介護報酬額と公害診療報酬額の差額の
介護保険者負担割合分を介護保険者に
請求して下さい。

＜施設利用者への請求分＞

介護報酬額から公害診療報酬額と介護
保険者負担分を差し引いた額を施設利
用者に請求して下さい。

*例1 所定疾患施設療養費で公害診療報酬額(B)が介護報酬額(A)を下回る場合

認定疾病に関する治療として、肺炎の治療を実施した。所定疾患施設療養費が7日分算定可能であるが、対象の診療行為を公害診療として請求する場合。

- ・所定疾患施設療養費の介護報酬額 21,350円 (A)
- ・公害診療として公害レセプトで請求する金額 15,708円 (B)

全体の介護報酬額(A)と公害診療報酬額(B)の差額の介護保険者負担割合分を介護保険者に請求します。また、全体の介護報酬額(A)から公害診療報酬額(B)と利用者負担割合分を差し引いた額を利用者に請求します。

※公害診療報酬明細書・介護給付費明細書の記載方法は、記載例①(資料2-1、2-2)をご参照ください。

*例2 特別療養費で公害診療報酬額(B)が介護報酬額(A)を下回る場合

認定疾病に関する治療として、常時頻回の喀痰吸引を実施した。重度療養管理に関する特別療養費が算定可能であるが、対象の診療行為を公害診療として請求する場合。

- ・重度療養管理に関する特別療養費 36,000円 (A)
- ・公害診療として公害レセプトで請求する金額 17,280円 (B)

全体の介護報酬額(A)と公害診療報酬額(B)の差額の介護保険者負担割合分を保険者に請求します。また、全体の介護報酬額(A)から公害診療報酬額(B)と介護保険者負担分を差し引いた額を利用者に請求します。

※公害診療報酬明細書・介護給付費明細書の記載方法は、記載例②(資料3-1、3-2)をご参照下さい。

＊例 3 上記給付費に該当せず、公害診療報酬額(B)が介護報酬額(A)を下回る場合

診療報酬に関する治療として、薬剤の給付やネブライザーの実施など施設サービス費に含まれる診療を行った。対象の診療行為を公害診療として請求する場合。

- ・介護報酬額 349,250 円 (A)
- ・公害診療として公害レセプトで請求する金額 11,656 円 (B)

介護報酬額(A)と公害診療報酬額(B)の差額の介護保険者負担割合分を保険者に請求します。また、介護報酬額(A)から公害診療報酬額(B)及び介護保険者負担分を差し引いた額を利用者に請求します。

※公害診療報酬明細書・介護給付費明細書の記載方法は、記載例③(資料4-1、4-2)をご参照下さい。

(3) 介護給付費明細書の請求先

公害診療報酬と調整した介護給付費明細書を請求する際は、原則、電子媒体で介護給付費明細書を作成し、介護保険請求を担当する部署あてにご提出下さい。

9 医療費（診療報酬）の審査及び決定

レセプトは名古屋市公害診療報酬審査委員会において、診療内容等について審査を行ったうえで支払額を決定します。

医療費の支払いは、口座振替申込書により事前に登録していただいた金融機関の口座への振り込みにより行います。振込予定日は、請求月の翌月7日(1・3・5月は13日)ですが、振込予定日が金融機関の休業日に当たるときは直後の金融機関営業日となります。請求額と支払額との間に増減があった場合には、増減通知書にて増減額及び増減理由をお知らせします。

また、レセプトに記載不備がある場合又は診療内容等に疑義がある場合には、その理由等を付記した付箋を貼付し、返戻しますので、必要な修正、説明等の補記を行い、再提出してください。

なお、療養の給付に関し必要があると認めるときは、公健法の規定に基づき、報告若しくは診療録その他の帳簿書類の提出等を求め、又は施設に立ち入り、診療担当者等に説明を求める場合がありますので、ご承知おきください。

令和 5 年 10 月分 公害診療報酬等請求書 (病院用)

診療年月を記入 (請求書は診療月ごとに作成してください。)

区 分	入 院		入 院 外		手 数 料	
	件数	金 額	件数	金 額	件数	金 額
請 求 額	2	34,664			2	660
* 決 定 額						
* 決 定 合 計 額						

レセプト件数を記入

上記のとおり請求する。

入院区分でレセプト件数
と請求金額を記入

レセプト件数に@330円を
乗じた金額を記入

令和 5 年 11 月 1 日

診療年月の翌月1日
以降の日付を記入

医療機関コード

公害医療機関 (所在地
名称

開設者の氏名又は名称

事業所番号の下7桁を記入

8 8 8 8 8 8 8

名古屋市〇〇区××町1-1

名古屋市役所老人保健施設

理事長 環 境 保 夫

(あて先)
名古屋市長

(注) ※印の欄には記入しないこと。
医療機関コードも必ず記入すること。

(名古屋市提出用)

資料2-1 公害診療報酬明細書記載例①

公害診療報酬明細書（入院） 令和 05 年 10 月分

入所中に公害診療として肺炎の治療を行った場合、

公害医療手帳の記号番号 (名公 99-9999)		氏名 公害 太郎		公害医療機関の所在地及び名称 名古屋市〇〇区××町1-1 名古屋市役所老人保健施設		
①男 2女 1明 2大 ③昭 4平 11年生		疾病名 (1) イ 慢性気管支炎 ハ ぜん息性気管支炎 (2) 細菌性肺炎 (3)		診療開始 (1) 26年4月10日 転 治 死 中 止 (2) 29年9月3日 転 治 死 中 止 (3) 年 月 日		
⑪初診 時間外・休日・深夜 回		⑬医学管理		⑭在宅		
⑳投薬	㉑内服	単位		33 *点滴注射		
	㉒頓服	単位		KN3号輸液 500ml 1袋		
	㉓外用	単位		セフリアキソンNa静注用1g「サワイ」 2瓶 70×6		
	㉔調剤	日		KN3号輸液 200ml 1袋		
	㉕麻毒	日		セフリアキソンNa静注用1g「サワイ」 1瓶 44×1		
	㉖調基			*点滴注射手技料 97×6		
	㉗調基			60 *末梢血液一般検査、抹消血液像 36×1		
㉘注射	7回	582	464	*CRP定量 16×2		
㉙処置	回			*血液学的検査判断料 125×1		
㉚手麻酔	回			*免疫学的検査判断料 144×1		
㉛検査	3回	337				
㉜画診	回					
㉝他の	回					
㉞入院	入院年月日 (令和1年5月10日)					
	病診 ㉟入院基本料・加算					
		×	日間			
		×	日間			
		×	日間			
		×	日間			
	×	日間				
	公害入院療養指導料	×	日間	公害入院療養指導料は算定できません。		
	×	日間				
	清浄空気室管理料		日間			
	その他					
小計		① 919 点	② 464 点			
㉟食事	基準	円 ×	回	円		
		円 ×	回	円		
		円 ×	日間	円		
小計		③	0	円		
合計	④	12円×①		11028	円	
	⑤	10円×②		4640	円	
	⑥	1.2×③		0	円	
	⑦	④+⑤+⑥		15668	円	
				※ 決 定	円	

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

資料 2-2

介護給付費明細書記載例①

認定疾病に関する治療として、肺炎の治療を実施した。所定疾患施設療養費の算定要件を満たすが、対象の診療行為を公害診療として請求する場合。

公害診療報酬明細書記載例①で算定した診療報酬額 15,668 円

公費負担者番号										
公費受給者番号										
被保険者	被保険者番号	9	9	9						
	(フリガナ)	コウガイ タロウ								
	氏名	公害 太郎								
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	性別	①.男 2.女						
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・⑤								
認定有効期間	令和	0	3	年	1	月	1	日	から	
	令和	0	6	年	1	2	月	3	1	日
事業所名称		名古屋市役所老人保健施設								
所在地		〒 9 9 9 - 9 9 9 9 名古屋市〇〇区××町 1 - 1								
連絡先		052-〇〇〇-××××								

入所年月日	平成 令和	0	1	年	0	5	月	1	0	日	退所年月日	令和			年			月			日	入所実日数	3	0	外泊日数	0
主傷病												入所前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他													
退所後の状況												1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院														

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
保施Ⅱ i 5	5 2 3 1 0 9	1 0 6 7	3 0	3 2 0 1 0			
保健施設所定疾患施設療養費 2	5 2 6 1 0 0	3 0 5	7	2 1 3 5			
合計							

所定疾患施設療養費	傷病名	① 肺炎			所定疾患施設療養開始年月日	①平成 ② ③	2	9	年	9	月	1	0	日
	単位(再掲)	単位	3	0	5	単位×	7	日						
緊急時治療管理	傷病名	① ② ③			緊急時治療開始年月日	① ② ③			年		月		日	
	単位(再掲)	単位				単位×		日						
特定治療	リハビリテーション	点	摘要											
	処置	点												
	手術	点												
	麻酔	点												
	放射線治療	点												
合計		点												

往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名	
------	--	-------	--	------	--	-------	--

特別療養費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分				
	① 点数・単位数合計	3	4	1	4	5
	② 点数・単位数単価	1	0	0	0	円/単位
	③ 給付率	9	0	/100		
	④ 請求額(円)	2	9	3	2	0
⑤ 利用者負担額(円)	3	2	5	7	9	

「保険分(9割負担の場合)」
 ④請求額(円)
 全体の介護報酬額 公害診療報酬額 (小数点以下切り捨て)
 $(341,450 - 15,668) \times 0.9 = 293,203.8$ (293,203)
 ⑤「利用者負担額(1割負担の場合)(円)」
 全体の介護報酬額 公害診療報酬額 介護保険請求額
 $341,450 - 15,668 - 293,203 = 32,579$ (円)

介護特定入所者サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	

資料3-1 公害診療報酬明細書記載例②

公害診療報酬明細書（入院） 令和 05 年 10 月分

入所中に喀痰吸引を行った場合

公害医療手帳の記号番号 (名公 99-9999)

氏名 公害 太郎
 ①男 2女 1明 2大 ③昭 4平 11年生

公害医療機関の所在地及び名称 名古屋市〇〇区××町1-1 名古屋市役所老人保健施設

必ず記入してください。

明細書右上の1を消したうえで、4と記入してください。

疾病名 (1) ①慢性気管支炎 ②ぜん息性気管支炎
 (2) ③気管支ぜん息 ④肺気しゅ
 (3)

診療開始 (1) 26年 月 日 転ゆ亡止
 (2) 年 月 日
 (3) 年 月 日
 診療実日数 30

入所していた日数ではなく、「入所中に認定疾病の治療を行った日数」を記入してください。

⑪初診 時間外・休日・深夜 回 (1点12円)点 (1点10円)点

⑬医学管理

⑭在宅

⑳投薬
 ㉑内服 単位
 ㉒頓服 単位
 ㉓外用 単位
 ㉔調剤 日
 ㉕麻毒 日
 ㉖調基

㉓注射 薬剤 回

㉔処置 薬剤 30回 1440

㉕手麻酔 回

㉖検査 薬剤 回

㉗画診 回

㉘画像断 回

㉙その他の 薬剤 回

入院年月日 (令和1年5月10日)

病診 ㉚入院基本料・加算

× 日間

× 日間

× 日間

× 日間

公害入院療養指導料

× 日間

× 日間

清浄空気室管理料 日間

その他

小計 ① 1440点 ② 0点

㉛食事 基準 円 × 回 円

小計 ③ 0円

合計 ④ 12円×① 17280円

⑤ 10円×② 0円

⑥ 1.2×③ 0円

⑦ ④+⑤+⑥ 17280円

※老人保健施設入所中に公害診療実施

40 * 喀痰吸引 48×30

入所中に公害診療を行った旨を摘要欄に必ず記入してください。

注射・処置などの手技料は1点12円区分で、薬剤料は1点10円区分で算定してください。

入所年月日を記入してください。

公害入院療養指導料は算定できません。

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

資料 3-2

介護給付費明細書記載例②

認定疾病に関する治療として、常時頻回の喀痰吸引を実施した。重度療養管理に関する特別療養費の算定要件を満たすが、対象の診療行為を公害診療として請求する場合。
 公害診療報酬明細書記載例②で算定した診療報酬額：17,280 円

公費負担者番号		9 9	
公費受給者番号			
被保険者	被保険者番号	9 9	
	(フリガナ)	コウガイ タロウ	
	氏名	公害 太郎	
	生年月日	1.明治 ②大正 3.昭和	性別 ①.男 2.女
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・⑤	
認定有効期間	令和 0 3 年 1 月 1 日から	令和 0 6 年 1 2 月 3 1 日まで	
事業所名称		名古屋市役所老人保健施設	
所在地		〒 9 9 9 - 9 9 9 9 名古屋市〇〇区××町 1 - 1	
連絡先		052-〇〇〇-××××	

入所年月日	平成 0 1 年 5 月 1 0 日	退所年月日	令和 年 月 日	入所実日数	3 0	外泊日数	0
主傷病				入所前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他		
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院						

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
保施Ⅱ i 5	5 2 3 1 0 9	1 0 6 7	3 0	3 2 0 1 0			
保健施設所定疾患施設療養費 2	5 2 6 1 0 0	3 0 5	7	2 1 3 5			
合計							

所定疾患施設療養費	傷病名	① 肺炎	所定疾患施設療養開始年月日	①平成 2 9 年 9 月 1 0 日
	単位(再掲)	単位	単位×	日
緊急時治療管理	傷病名	①	緊急時治療開始年月日	① 年 月 日
	単位(再掲)	単位	単位×	日
特定治療	リハビリテーション	点	摘要	
	処置	点		
	手術	点		
	麻酔	点		
	放射線治療	点		
合計		点		

往診日数	医療機関名	通院日数
------	-------	------

特別療養費	傷病名		
	識別番号	内容	単位数
	3 4	褥瘡管理	5 3 0
	3 5	重度療養管理	1 2 0 3 0
合計		3 7 5 0	

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
① 点数・単位数合計	3 4 1 4 5		3 7 5 0	
② 点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10 円/点・単位	10 円/点・単位
③ 給付率	9 0 /100		9 0 /100	/100
④ 請求額(円)	3 0 7 3 0 5		1 8 1 9 8	
⑤ 利用者負担額(円)	3 4 1 4 5		2 0 2 2	

「保険分特定治療・特別療養費」
 ④ 「請求額(9割負担の場合)(円)」
 特別療養費 公害診療報酬額
 $(37,500 - 17,280) \times 0.9 = 18,198(\text{円})$
 ⑤ 「利用者負担額(1割負担の場合)(円)」
 特別療養費 公害診療報酬額 介護保険請求額
 $37,500 - 17,280 - 18,198 = 2,022(\text{円})$

特別療養費に関するものについて右記の特別療養費で調整して下さい。

介護特定入所者	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	

資料4-1 公害診療報酬明細書記載例③

公害診療報酬明細書（入院）

令和 05 年 10 月

入所中に投薬、ネブライザー等の処置を行った場合

公害医療手帳の記号番号 (名公 99-9999)		氏名 公害 太郎		住所 名古屋市〇〇区××町1-1 名古屋市役所老人保健施設	
氏名 (男 女 明 大 昭 平 生)		年齢 11 年生		診療 (1) 26年4月10日 治癒死亡中止 (2) 26年4月10日 転ゆ死亡中止	
疾病名 (1) イ 慢性気管支炎 ハ ぜん息性気管支炎 (2) ステロイド性骨粗鬆症 (3)		疾病名 (ロ) 気管支ぜん息 ニ 肺炎		診療 (1) 26年4月10日 治癒死亡中止 (2) 26年4月10日 転ゆ死亡中止	
①初診 時間外・休日・深夜		②投薬		③入院	
③医学管理		④在宅		⑤入院基本料・加算	
④在宅		⑤入院基本料・加算		⑥入院	
⑤入院基本料・加算		⑥入院		⑦食	
⑥入院		⑦食		⑧合計	
⑦食		⑧合計		⑨決定	
⑧合計		⑨決定		⑩合計	
⑨決定		⑩合計		⑪決定	
⑩合計		⑪決定		⑫合計	
⑪決定		⑫合計		⑬決定	
⑫合計		⑬決定		⑭合計	
⑬決定		⑭合計		⑮決定	
⑭合計		⑮決定		⑯合計	
⑮決定		⑯合計		⑰決定	
⑯合計		⑰決定		⑱合計	
⑰決定		⑱合計		⑲決定	
⑱合計		⑲決定		⑳合計	
⑲決定		⑳合計		㉑決定	
⑳合計		㉑決定		㉒合計	
㉑決定		㉒合計		㉓決定	
㉒合計		㉓決定		㉔合計	
㉓決定		㉔合計		㉕決定	
㉔合計		㉕決定		㉖合計	
㉕決定		㉖合計		㉗決定	
㉖合計		㉗決定		㉘合計	
㉗決定		㉘合計		㉙決定	
㉘合計		㉙決定		㉚合計	
㉙決定		㉚合計		㉛決定	
㉚合計		㉛決定		㉜合計	
㉛決定		㉜合計		㉝決定	
㉜合計		㉝決定		㉞合計	
㉝決定		㉞合計		㉟決定	
㉞合計		㉟決定		㊱合計	
㉟決定		㊱合計		㊲決定	
㊱合計		㊲決定		㊳合計	
㊲決定		㊳合計		㊴決定	
㊳合計		㊴決定		㊵合計	
㊴決定		㊵合計		㊶決定	
㊵合計		㊶決定		㊷合計	
㊶決定		㊷合計		㊸決定	
㊷合計		㊸決定		㊹合計	
㊸決定		㊹合計		㊺決定	
㊹合計		㊺決定		㊻合計	
㊺決定		㊻合計		㊼決定	
㊻合計		㊼決定		㊽合計	
㊼決定		㊽合計		㊾決定	
㊽合計		㊾決定		㊿合計	

必ず記入してください。

明細書右上の①を消したうえで、④と記入してください。

入所していた日数ではなく、「入所中に認定疾病の治療を行った日数」を記入してください。投薬の場合は、調剤行為が行われた日数を算定してください(投薬日数ではありません)。

入所中に公害診療を行った旨を摘要欄に必ず記入してください。

※老人保健施設入所中に公害診療実施

注射・処置などの手技料は1点12円区分で、薬剤料は1点10円区分で算定してください。

入所年月日を記入してください。

公害入院療養指導料は算定できません。

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

資料 4-2

介護給付費明細書記載例③

薬剤の給付やネブライザーの実施など施設サービス費に含まれる診療を行った。対象の診療行為を公害診療として請求する場合。

公害診療報酬明細書記載例③で算定した診療報酬額：**9,386 円**

被保険者番号		9	9	9										
公費負担者番号														
公費受給者番号														
被保険者	被保険者番号	9	9	9										
	(フリガナ)	コウガイ タロウ												
	氏名	公害 太郎												
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男 2.女								
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5												
認定有効期間	令和	0	3	年	1	月	1	日	から					
	令和	0	6	年	1	2	月	3	1	日	まで			
請求事業者	事業所名称	名古屋市役所老人保健施設												
	所在地	〒	9	9	9	-	9	9	9	9	名古屋市〇〇区××町1-1			
	連絡先	052-〇〇〇-××××												

入所年月日	平成	0	1	年	5	月	1	0	日	退所年月日	令和			年		月		日	入所実日数	3	0	外泊日数	0
主傷病											入所前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他											
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																						

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
保施Ⅱ i 5	5 2 3 1 0 9	1 0 6 7	3 0	3 2 0 1 0			
保健施設所定疾患施設療養費 2	5 2 6 1 0 0	3 0 5	7	2 1 3 5			
合計							

所定疾患施設療養費	傷病名	① 肺炎			所定疾患施設療養開始年月日	①平成	2	9	年	9	月	1	0	日			
	単位(再掲)	単位	3	0	5	単位×	7	日									
緊急時治療管理	傷病名	① ② ③			緊急時治療開始年月日	①								日			
	単位(再掲)	単位			単位×									日			
特定治療	リハビリテーション	点	摘要														
	処置	点															
	手術	点															
	麻酔	点															
	放射線治療	点															
合計		点															
往診日数	医療機関名											通院日数	医療機関名				

特別療養費	傷病名												
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要					
	合計												

区分	保険分
① ① 点数・単位数合計	3 4 1 4 5
④ ④ 点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位
⑤ ⑤ 給付率	9 0 /100
⑥ ⑥ 請求額(円)	2 9 8 8 5 7
⑦ ⑦ 利用者負担額(円)	3 3 2 0 7

「保険分(9割負担の場合)」
 ④請求額(円)
 全体の介護報酬額 公害診療報酬額 (小数点以下切り捨て)
 $(341,450 - 9,386) \times 0.9 = 298,857.6$ (298,857 円)
 ⑤「利用者負担額(1割負担の場合)(円)」
 全体の介護報酬額 公害診療報酬額 介護保険請求額
 $341,450 - 9,386 - 298,857 = 33,207$ (円)

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
						保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額