

医療
受給者証

保険者名・記号及び番号・適用区分の記載が廃止されます

指定難病の医療受給者証から、保険者名・記号及び番号、および高額療養費の適用区分の記載が廃止されます。所得区分の確認のため、オンライン資格確認等システムの活用をお願いします。

◎患者さんがマイナ保険証を利用できる場合

患者さんがマイナンバーカードをカードリーダーに置くことで、オンライン資格確認等システムから資格情報の取得・取り込みができ、限度額適用区分情報を含めて確認できます。

◎患者さんが資格確認書を持参された場合

患者さんが提示した資格確認書を確認し、資格確認端末等でオンライン資格確認等システムに、保険者番号を入力することにより、資格情報の取得・取り込みができます。

この場合、限度額適用区分情報の提供については、毎回窓口職員等が口頭等で患者さんから同意を取得する必要があります。

◎患者さんが限度額適用認定証等を持参された場合

限度額適用認定証等に記載された所得区分を確認します。

所得区分が確認できない場合

オンライン資格確認未導入の医療機関、資格確認書を提示した患者が限度額適用区分情報の提供に不同意の場合や、患者さんからの限度額適用認定証等の提示がない場合等、所得区分が確認できない場合は、以下の取り扱いをお願いします。

	適用区分	特記事項への記載
① 70歳未満の者	適用区分ウ	不要
② 70歳以上の者(入院療養) (ただし、④の者を除く)	適用区分一般 ※1	要
③ 70歳以上の者(外来療養) (ただし、④の者を除く)	適用区分一般 ※1	要
④ 70歳以上の現役並み所得者	適用区分ア ※2	要

※1 ②③の「適用区分一般」とは、レセプト記載要領に基づき、後期高齢者医療を除く70歳以上の者(2割負担)は「適用区分工」、後期高齢者医療被保険者(2割負担)は「適用区分力」、後期高齢者医療被保険者(1割負担)は「適用区分キ」を指します。

※2 ④は、高齢受給者証等の提示により、指定医療機関において、現役並み所得者であることが確認できた場合となります。

お問い合わせ先：横浜市 健康福祉局 医療援助課 難病対策担当 045-671-4040

【横浜市の特典医療費請求書の裏面】

(裏)

※ この面は医療機関が記入する欄のため、患者は記入しないでください。

【指定医療機関の方へ（太枠内を記載する前に必ずお読みください。）】

- 1 【月の診療日数】欄について、指定難病の治療かを問わず、当該月内に貴医療機関にかかった診療日の合計を記入し、その下段の【うち有効期間開始日以降かつ指定難病にかかる診療日数】欄には月内の難病の治療合計日数を記入してください。
- 2 【保険総点数】欄について、指定難病の治療かを問わず、当該月内に貴医療機関にかかった保険点数の総合計を記入し、その下段の【うち有効期間開始日以降かつ指定難病にかかる点数（A）】欄には月内の難病の治療合計点数を記入してください。
- 3 指定難病に対する治療でも、受給者証の有効期間外の医療や介護の費用、選定療養費などの保険適用外のサービス、高額療養費として支給される分は対象となりませんので【患者から領収した指定難病分の金額（B）】欄には必ず記入してください。また、入院時の食事療養費及び生活療養費につきましても支

特定医療費証明書（医療機関等記入欄）										
診療年月	自己負担割合	限度額認定証、マイナ保険証等、またはオンライン資格確認で確認した高額療養費の適用区分	診療区分	(上段)難病以外を意味した月の最終診療日数	(下段)うち有効期間開始日以降かつ指定難病にか					
外来 記入例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	IV	Ⅰ	日	日					
入院 記入例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	ウ	Ⅱ	日	日					
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		Ⅲ	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日				
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		Ⅳ	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日				
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		Ⅴ	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日				
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		Ⅵ	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日				
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		Ⅶ	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日				
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		Ⅷ	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日				
備考欄（有効期間開始日以前から入院していた場合（入院していた期間）、高額療養費などの適用で患者から領収した指定難病分の金額（B）と通常の点数（A）の合計が超過する場合は必ず記入してください。）										
証明書発行手数料（証明書発行手数料が「0円」の場合は枠内に斜線を引いてください。） ※医療費の払戻しがある場合に限り、請求書1医療機関ごとに1,140円を限度として請求者に証明書発行手数料をお支払いたします（請求書が複数枚になる場合でも1,140円まで）。										

<確認方法>

1から順に確認してください。

1 高額療養費の適用区分(所得区分)については、オンライン資格確認又は「限度額適用認定証」にて確認した区分をご記入ください。

2 上記1で区分が確認できない場合は、表面の「所得区分が確認できない場合」の表を参考にご記入ください。

※高額療養費に該当しない場合も、支給額の算定に使用しますので、適用区分(所得区分)は必ずご記入ください。

上記のとおり証明します。

指定医療機関名 所在地 代表者職氏名 (順不同可)	医療機関コード	年 月 日
	所属部署	
	担当者氏名 ※必ずご記入ください	
	直通電話番号	

横浜市記入欄	医療費計	円
	文書料計	円
	支給決定額	円