

## 指定医療機関の方から寄せられているご質問について

平成28年2月15日現在

### 1 自己負担上限額管理票の書き方等について

Q1 訪問看護や訪問診療の際、出先で毎回金額を請求することができないが、どのように請求したらよいのか。

A1 訪問診療や訪問看護を実施した月の月末の日付で、月の診療又は訪問看護費用を記載し、請求を行うことを可能とします。その際、すでに自己負担上限月額まで達していた場合は、全て公費に請求することとなり、達していない分については、本人への請求となります。

Q2 Q1の請求を口座引き落としで行っている場合、徴収印は、口座の引き落としを確認してからにしたい。実際にいつの段階で押せばいいのか。診療・訪問した月から1か月又は2か月は遅れてしまうことが考えられる。自己負担上限額管理票を預かってよいのか。

A2 自己負担上限額管理票を一つの事業所が預かってしまうと、患者の方が他の医療機関で受診する際に問題となる可能性があります。そこで、あらかじめ患者の方にかかわる医療機関がわかっている場合には、事前に関係機関で話し合いをして、毎月、自己負担上限額を超えることが経験上わかっている医療機関があれば、その機関のみが自己負担上限額管理票に記載し患者の方からの徴収を行うこととし、その他の機関は始めから公費請求を行うこととするなどといった取り決めをしておくことも考えられます。

ただし、自己負担上限額管理票の記載を、次年度以降の自己負担上限月額の軽減のために、医療費総額の確認に利用する患者の方（Q4を参照）については、この取り決めを行うのは難しいこととなります。

また、あらかじめ調整して自己負担額上限額管理票に記載する順番を決めておくということも考えられます。（例：訪問診療の場合①薬局、②病院、診療所、③訪問看護ステーション、等）

Q3 介護保険では、1円単位で請求が出てくるが、自己負担上限額管理票にはどのように記載したらよいのか。

A3 本人に対する請求を1円単位で行った後、自己負担上限額管理票の自己負担額の欄には、10円未満を四捨五入した金額を記載します。医療費総額の欄には、1円単位で記載します。

Q4 自己負担上限額に達した後も、自己負担上限額管理票に記載する必要があるか。

A4 原則としてご記入をお願いします。

自己負担上限額管理票に総医療費の記載をお願いしているのは、①高額かつ長期に渡り医療費が必要となる方に対して今後の医療費助成における自己負担上限月額が軽減される根拠となる可能性があることと、②軽症かつ高額の医療費を要するを持って医療費助成の対象となることを証明する根拠となる可能性があること、二つの理由からです。

#### ①「高額かつ長期」の基準

認定を受けた後の一月の医療費総額（認定を受けた指定難病に係る10割分）が高額（5

万円以上)である月が申請日の属する月以前の12月以内に6回以上ある場合

## ②「軽症高額」の基準

疾病の程度が軽度で認定基準に満たない方であって、同一の月に受けた医療費総額(認定に関する指定難病に係る10割分)が高額(33,330円以上)である月が申請日の属する月以前の12月以内に3回以上ある場合

Q5 病院・診療所が処方箋を前月の終わりに発行し、その月を超えて保険薬局に処方箋が持ち込まれた場合、自己負担上限額管理票はいつの月に記載すればよいか。

A5 レセプト請求の月と同じように実際に診察・処方や調剤を行った月に記載してください。具体的には、病院・診療所は、処方箋を発行した月に、保険薬局は、調剤を行った月に記載してください。

Q6 受給者証を提示されたが、自己負担上限額管理票を持ってこなかった患者に対し、どのように取り扱えばよいか。

A6 患者の方の一部負担割合が3割の方については、医療費総額の2割の額又は受給者証に記載された負担上限月額のうち低い方の額を領収してください。払いすぎた分については、後日、患者の方から各保健所に超過分を請求いただくことになります。

Q7 自己負担上限額管理票の徴収印は、実際にお金を領収した際に記載するのか。

A7 請求額の確定後に、診療又はサービスを提供した月のページに、自己負担額等を記載します。押印は、実際の領収日(口座引き落としの日)にかかわらず、記載時で構いません。また、印は、正式な会計印でなくても、シャチハタなどでも構いません。

Q8 この管理票は、書き終わったらどこかに提出するのか。

A8 定期的に提出するものではなく、患者の方の自己負担の累積がどのようになっているかという記録として主に使うものです。ただ、超過額を県に対して請求する場合や「高額かつ長期」「軽症高額」該当で申請する際、添付資料の一つとして提出いただくことはあります。

## 2 指定医に関する質問について

Q1 指定医の申請をしているが、指定通知書を受け取っていない。診断書の記載をしてもよいか。

A1 指定医の指定については、随時行っております。難病指定医に申請いただいた方で、次の二つの要件を満たす方については、申請日より指定を行います。臨床調査個人票(診断書)は、届いた指定通知書をご確認のうえ記載していただくのが原則ですが、患者の受診状況等を鑑み指定通知書が届くまでに臨床調査個人票(診断書)を発行していただく必要がある場合は、ご相談ください。

### 【難病指定医要件】

① 診療又は治療に5年以上従事した経験を有すること。

② 厚生労働大臣が定める認定機関が認定する専門医であること。

又は平成29年3月31日までに知事が行う研修を履修する予定であること。

Q2 他都道府県で指定を受けている医師が、県内医療機関にて勤務した際、臨床調査個人票に記載することができるか。またその場合は他県の指定した指定医番号を記載するのか。

A2 難病指定医は、主たる勤務先の所在地の都道府県知事に申請し、指定を受ければ、他都道府県においても診断書を作成することが可能です。その場合は、他都道府県の指定した指定医番号を診断書の所定欄に記載してください。

### 3 指定医療機関に関する質問について

Q1 指定医療機関の申請をしているが、指定通知書を受け取っていない。医療受給者証を適用してよいか。

A1 指定医療機関の指定については、随時行っております。指定を行った場合は、指定通知書を発行するほか、県のホームページでも指定医療機関の一覧を公表していますので、こちらもご確認ください。

<http://www.pref.mie.lg.jp/KENKOT/HP/hpm21/nanbyouiryouhi/index.htm#shiteiiryokikan>

また、公費請求を行っていただく場合は、医療受給者証に貴医療機関名が記載されているかご確認ください。また、公費請求を行っていただく場合は、医療受給者証に貴医療機関名が記載されているかご確認ください。

Q2 指定医療機関に申請しているが、医療受給者証に自分の医療機関が記載されていない。この医療受給者証を適用してよいか。

A2 三重県では、患者の方が申請した医療機関等を指定医療機関として受給者証へ記載しています。記載がない場合は適用できませんので、医療機関の追加又は変更の申請が必要です。各保健所で手続きを行うようお知らせください。

ただし、患者の方が他都道府県発行の受給者証をお持ちの場合は、記載方法が異なる場合がありますので、発行元の都道府県へご確認ください。緊急その他やむを得ない場合には、指定医療機関であれば、記載にかかわらず適用できます。

### 4 その他

Q1 指定難病に対し、治療が行われている患者について、重症度分類等の判断は当該治療が行われなかった場合を想定して判定を行うのか。

A1 治療開始後における重症度分類については、治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を判定してください。

なお、症状の程度が重症度分類等で一定以上に該当しない場合でも、軽症高額該当に該当する場合は医療費助成の対象となります。

Q2 医療受給者証をお持ちの方が生活保護となり、月途中で公費負担者番号の実施機関番号が「501」又は「601」から「602」となった。審査支払システム上、同一月内に2つの

公費負担者番号による介護報酬の請求を受け付けられないこととなっているが、どのように請求を行えばよいか。

A 2 月途中で生活保護に変更となった方（実施機関番号「602」）及び生活保護が廃止となった方（実施機関番号「501」または「601」）の該当月の介護報酬の請求については、実施機関番号「501」または「601」を用いて請求の手続きを行ってください。

※平成 28 年 1 月 22 日付け厚生労働省健康局難病対策課事務連絡より  
実施機関番号は、受給者証に記載の公費負担者番号をご確認ください。

5 4 2 4 5 0 1 4、5 4 2 4 6 0 1 2、5 4 2 4 6 0 2 0