

指定難病に関する県からのお知らせ

■ レセプト請求における注意点について

熊本県では、医療機関から提出されるレセプトに関して審査機関から提出されるデータをもとに「受給者番号」「診療年月」「医療機関コード」が適正か審査を行っています。

次のような場合は「取り下げ」を依頼しておりますので、正確な作成にご協力ください。

● 受給者番号に次の誤りがある場合

- ・ 受給者番号の確認怠りや転記ミス（更新切れ新規申請では新たに番号が付与されます）
- ・ 熊本市など他自治体の受給者である

● 診療年月に関する次の誤りがある場合

- ・ 申請日前の診療などにより有効期間外である
- ・ 平成30年4月に熊本県から熊本市に移行した受給者に係る請求を、熊本県にしている
→ 公費負担者番号を「54437017」とすべきところを「54436019」としている

● 医療機関コードに関する次の誤りがある場合

- ・ 都道府県市から難病にかかる医療機関の指定を受けていない
- ・ 医療機関コードに変更があったが、熊本県に届け出をしていない

■ 「自己負担上限月額管理票（受給者証裏面）」の記載について

受給者証の「自己負担上限月額管理票」は、① 指定難病に係る医療費のみ記載し、月額自己負担上限額に達した場合であっても、② 医療費総額（10割分）の合計が5万円を超えるまでは、必ず記載をお願いします。なお、生活保護受給者など、自己負担がない場合であっても5万円を超えるまでは、記載してください。

（例）後期高齢医療保険（患者負担1割）加入者で、医療受給者証の自己負担上限額2,500円の場合

令和 1 年 5 月分自己負担上限月額管理票					
日付	指定医療機関の名称	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累計額（月額）	徴収印
5月8日	〇〇病院	10,000	2,000	2,000	印
5月8日	●●調剤薬局	4,000	800	2,800	印
5月15日	〇〇病院	15,000	2,200	5,000	印
5月15日	●●調剤薬局	6,000	0	5,000	
5月24日	▲▲病院	20,000	0	5,000	
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達した後も合計
50,000 円を超えるまで記載

日付	指定医療機関の名称	確認印
5月15日	〇〇病院	印

■ 平成30年4月1日から指定難病の事務を熊本市に移譲しました。

移譲する主な事務

- ① 熊本市にお住まいの指定難病の患者又はその保護者の指定難病の認定申請等に関する事務
- ② 熊本市に所在地を有する指定医療機関の指定、変更の届出等に関する事務
- ③ 熊本市に主たる勤務地を有する指定医の指定、変更の届出等に関する事務 など

● 受給者の住所変更について

受給者の方が、熊本市とそれ以外の県内市町村との間で転居した場合は、転居先において、新たに受給者証の交付を受ける必要がありますので、周知にご協力ください。

なお、転居前の受給者証は軽症高額申請に必要となることがありますので、更新申請後に返還することをお勧めしております。

手続き先		熊本県	熊本市
居住地			
県内市町村	→ 熊本市	医療受給者証の返還	新規申請
熊本市	→ 県内市町村	新規申請	医療受給者証の返還

● 指定医療機関、指定医（難病指定医、協力難病指定医）について

主たる勤務地について、熊本市とそれ以外の県内市町村との間で異動があった場合は、次のとおり手続きが必要となります。

手続き先		熊本県	熊本市
主たる勤務地			
県内市町村	→ 熊本市	変更届	新規申請
熊本市	→ 県内市町村	新規申請	変更届

● レセプトの請求先について

熊本市の受給者証をお持ちの方（熊本市在住の方）については、請求先が「熊本市」となります。

熊本県に誤請求されている場合は順次取り下げを依頼しておりますが、誤りに気づかれた場合は熊本県健康づくり推進課（０９６－３３３－２２１０）医療費担当まで御連絡のうえ、取り下げの手続きをお願いします。