

新規指定保険薬局 集団指導資料

兵 庫 県
国保医療課

1 国民健康保険とは

- (1) 対象者：被用者保険の被保険者と被扶養者、後期高齢者医療制度の加入者、生活保護法による保護を受けている世帯に属する者を除くすべての者。
- (2) 保険者：原則は市町村、特別区及び同種の事業または業務に従事する者 300 人以上の集団で設立される国民健康保険組合。
- (3) 一部負担金：義務教育就学前 2割
義務教育就学後 70 歳未満 3割
70 歳以上（現役並所得者） 3割
70 歳以上（現役並所得者除く） 2割
※70 歳以上については、「高齢受給者証」等で負担割合を確認してください。
 - ・マイナンバーカード（健康保険証利用）によるオンライン資格確認
 - ・高齢受給者証と一体化された資格確認書で確認
 - ・被保険者証（有効期限まで）：高齢受給者証※一部負担金は必ず受領してください（薬担規則第 4 条）。

2 国民健康保険証等の種類

- (1) マイナンバーカード（健康保険証利用）
- (2) 資格確認書
- (3) 国民健康保険被保険者証（令和 8 年 7 月末まで暫定的に使用可）
- (4) 特別療養費の資格証明書（有効期限まで）

※窓口で全額(10割)を徴収し、領収証を発行する。また、レセプトを作成し、余白に、「特別療養費」と朱書きで記載し総括票の次に編綴のうえ国保連に提出してください。

3 保険薬局の指定、保険薬剤師の登録

- (1) 保険薬局
 - 開設の許可・・・所在地の保健所
 - 保険薬局の指定・・・近畿厚生局兵庫事務所
- (2) 保険薬剤師
 - 保険薬剤師の登録・・・近畿厚生局兵庫事務所
 - 勤務薬剤師の登録・・・所在地の保健所

※保険薬局、保険薬剤師ともに登録事項に変更があった場合にも同様の手続が必要です。

4 会計検査院の指摘事項

「在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）」と「居宅療養管理指導費（介護保険）」について、例年会計検査院から指摘を受けており、介護保険と医療保険の算定の誤りにご注意ください。会計検査院から指摘を受けた場合、誤った医療保険での請求を2年間分点検し、保険者に返還する必要があります。

5 患者からの相談・苦情事例

(1) 領収証と医療費通知との金額の相違について

患者の方から、保険者から送付された医療費通知と、患者自身で保管している領収書と見比べた時、金額が合わないという連絡をいただきます。そのため、金額や日数等をしっかりと確認して、請求誤りにはご注意ください。なお、このような連絡を患者の方からいただいた場合、当課から該当する保険薬局に対し、内容を確認する場合がありますので、その際にご協力願います。

(2) 服薬管理指導料について

患者より、「指導の算定があるが、指導など一切受けていない」といった相談が多く寄せられています。調剤報酬を算定する以上、患者への情報提供、指導、薬剤服用歴への記載という算定要件を満たすことが必要となるため、個々の患者に応じた指導を行い、その内容を薬剤服用歴に記載することを徹底してください。

後期高齢者医療制度と福祉医療制度の概要

令和8年7月1日現在

| 区 分 | 兵 庫 県 単 独 事 業 (注2) | | | | | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 国 の 制 度 | | 福 祉 医 療 | | | | | |
| | 後期高齢者医療制度 | | 高齢期移行助成 | 重度障害者医療 | 乳幼児等医療 | 母子家庭等医療 | 高齢重度障害者医療 | こども医療 |
| 対象者 | <ul style="list-style-type: none"> 75歳以上の者 65～74歳で一定の障害にある者 | | <ul style="list-style-type: none"> 左記以外の65歳以上69歳以下の者で、身体的理由等により日常生活に支障がある特別な配慮が必要な者(区分Ⅱは要介護2以上) | <ul style="list-style-type: none"> 障害程度が1級及び2級の身体障害者 重度(療育手帳A判定)の知的障害者 精神障害者保健福祉手帳1級の精神障害者 | <ul style="list-style-type: none"> 小学3年生までの乳幼児等 | <ul style="list-style-type: none"> 18歳に達する年度の末までの児童、又は20歳未満の高校在学中の児童を監護する母又は父及びその児童 遺児(年齢は同上) | <ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者医療の被保険者で障害程度が1級及び2級の身体障害者、重度(療育手帳A判定)の知的障害者又は精神障害者保健福祉手帳1級の精神障害者 | <ul style="list-style-type: none"> 小学4年生から中学3年生 |
| 給付額 | <ul style="list-style-type: none"> 老人の疾病及び負傷について、その医療費の全額(一部負担金を除く) | | 対象者の疾病及び負傷について、医療保険の給付及び他の公費負担医療費制度の助成が行われた場合、その自己負担額から一部負担金を控除した額 | | | | | |
| 所得制限 | 無 | | 市町村民税世帯非課税者で本人の年金収入を加えた所得が82.65万円以下 | 自立支援医療制度の所得制限基準を準用(市町村民税所得割税額23.5万円未満) | <ul style="list-style-type: none"> 0歳児は所得制限無 1歳児～有 自立支援医療制度の所得制限基準を準用(市町村民税所得割税額23.5万円未満) | 児童扶養手当法に基づく所得制限を準用(全部支給基準) | 自立支援医療制度の所得制限基準を準用(市町村民税所得割税額23.5万円未満) | 自立支援医療制度の所得制限基準を準用(市町村民税所得割税額23.5万円未満) |
| 一部負担金(注1) | 一般Ⅱ 医療費の2割負担 一般Ⅰ 医療費の1割負担 区分Ⅰ・Ⅱ 医療費の1割負担 (現役並み所得者 3割負担) <外来限度額> R8年8月から 一般Ⅰ・Ⅱ 22,000円/月 区分Ⅱ 11,000円/月 区分Ⅰ 8,000円/月 <負担限度額> R8年8月から 現役並み所得者Ⅲ 270,300円+1%/月 現役並み所得者Ⅱ 179,100円+1%/月 現役並み所得者Ⅰ 85,800円+1%/月 一般Ⅰ・Ⅱ 61,500円/月 区分Ⅱ 25,700円/月 区分Ⅰ 15,700円/月 ※複数の医療機関を受診し 外来限度額、負担限度額を 超える額については償還払い 《特例》特定疾病患者 1月10,000円を限度 | | <ul style="list-style-type: none"> 定率2割負担 <外来限度額> 区分Ⅱ 12,000円/月 区分Ⅰ 8,000円/月 <負担限度額> 区分Ⅱ 35,400円/月 区分Ⅰ 15,000円/月 ※複数の医療機関を受診し 外来限度額、負担限度額を 超える額については償還払い | (外来) <ul style="list-style-type: none"> 1 保険医療機関等あたり 1日600円(低所得者400円) を限度に月2回 (入院) <ul style="list-style-type: none"> 定率1割負担 負担限度額月額2,400円 (低所得者1,600円) <ul style="list-style-type: none"> 連続して3か月を超える入院の場合、4か月目以降は一部負担金を徴収しない | (外来) <ul style="list-style-type: none"> 1 保険医療機関等あたり 1日800円(低所得者600円) を限度に月2回 (入院) <ul style="list-style-type: none"> 定率1割負担 負担限度額月額3,200円 (低所得者2,400円) <ul style="list-style-type: none"> 連続して3か月を超える入院の場合、4か月目以降は一部負担金を徴収しない | (外来) <ul style="list-style-type: none"> 1 保険医療機関等あたり 1日800円(低所得者400円) を限度に月2回 (入院) <ul style="list-style-type: none"> 定率1割負担 負担限度額月額3,200円 (低所得者1,600円) <ul style="list-style-type: none"> 連続して3か月を超える入院の場合、4か月目以降は一部負担金を徴収しない | (外来) <ul style="list-style-type: none"> 1 保険医療機関等あたり 1日600円(低所得者400円) を限度に月2回 (入院) <ul style="list-style-type: none"> 定率1割負担 負担限度額月額2,400円 (低所得者1,600円) <ul style="list-style-type: none"> 連続して3か月を超える入院の場合、4か月目以降は一部負担金を徴収しない | (外来) <ul style="list-style-type: none"> 医療保険における自己負担額の2/3 (入院) <ul style="list-style-type: none"> 医療保険における自己負担額の2/3 <ul style="list-style-type: none"> 連続して3か月を超える入院の場合、4か月目以降は一部負担金を徴収しない |
| 医療機関の窓口で提示するもの(オンライン資格確認の場合は、画面による確認も可) | <ul style="list-style-type: none"> 資格確認書もしくはマイナ保険証 | | <ul style="list-style-type: none"> 資格確認書、もしくはマイナ保険証+資格確認のお知らせ 医療受給者証 高齢受給者証(※高齢受給者のみ。提示がない場合は医療費の3割を徴収。) 限度額適用認定証(※国民健康保険の被保険者に限る。なお、県外の国民健康保険(兵庫県以外の市町村国民健康保険及び兵庫県以外に本部を有する国民健康保険組合)に加入の69歳以下の受給者は高額に該当しうる場合は必須。) | | | | | |

注1：入院時食事療養(生活療養)標準負担額は、上記の一部負担金とは別に窓口での支払が必要です。

注2：県内の市町においては、独自に対象者の拡大、所得制限の緩和、一部負担金の減額等を実施している場合があります。

注3：所得制限については、平成30年度税制改正による給与所得控除及び公的年金等控除見直しの影響を排除して判定するほか、重度障害者医療、乳幼児等医療、高齢重度障害者医療、こども医療の所得制限については、平成22年度税制改正による扶養控除見直しの影響を排除して判定します。

また、指定都市の税率で市町村民税が賦課されている場合は、指定都市以外に住所を有する者とみなして算定した所得割額で判断します。

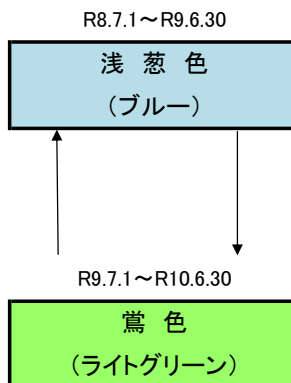
受給者証等の確認について

- 1 各制度の受給者に「医療費受給者証」を発行しています。
- 2 初診時及び月の最初の診療日に「医療受給者証」を確認してください。
- 3 マイナ保険証または後期高齢者医療資格確認書の有効期間を確認してください。
- 4 福祉医療制度の「医療費受給者証」は、有効期間を確認してください。

受給者証等について

- 1 後期高齢者医療(後期高齢:法別39)
 - ① 地色:薄紫(~R8.7.31)
 - ② 一部負担割合:定期の見直し 毎年8月 随時の見直し 毎日
 - ③ 有効期間:1年、毎年8月に更新
- 2 高齢期移行助成(移)法別 県:41 市町:42)
 - 重度障害者医療(障(心身)法別 県:82 市町:83、(障(精神)法別 県:43 市町:44)
 - 高齢重度障害者医療(高(心身)法別 県:58 市町:59、(高(精神)法別 県:68 市町:69)
 - 乳幼児等医療(乳)法別 県:80 市町:81)
 - 母子家庭等医療(母)法別 県:85 市町:84)
 - こども医療(こ)法別 県:47 市町:48)
 - ① 有効期間:1年以内、毎年7月1日に更新
 - ② 地色:更新時に変更

※ 受給者証には負担限度額が印字されています。



後期高齢者医療資格確認書様式

後期高齢者医療資格確認書

有効期限

交付年月日

R8.7.31まで有効

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 性別 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 資格取得年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 負担割合 | | | | | | | | | | | | | |
| 限度区分 | | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | | | | | | | | | | | | | |
| 特定疾病区分 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 並びに保険 者の名称及 | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | 公印 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 兵庫県後期高齢者医療広域連合 | | | | | | | | | | | | | |

高齢期移行助成 受給者証様式

| | | | |
|--------------------|--------------------|----------|------------|
| 移 高齢期移行受給者証 | | | |
| 負担者番号 | 2 8 | | |
| 受給者番号 | | | |
| 受給者 | 住所 | | |
| | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | |
| 一部負担金 | 2割負担 | 外来 | 12,000 円まで |
| | | 入院 | 35,400 円まで |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 発行機関名及び印 | 市(町)長 | | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | |

この証は、兵庫県内の保険医療機関等においてのみ有効です。
他の公費負担医療制度(自立支援医療、指定難病等)の受給者である場合、当該制度を利用したうえで、この証を併用することができます。
当該制度の受給資格が確認できるものと併せて提示してください。

<区分 I>

| | | | |
|-------|------|----|------------|
| 一部負担金 | 2割負担 | 外来 | 8,000 円まで |
| | | 入院 | 15,000 円まで |

<一部負担を免除する場合>

| | | |
|-------|----|----|
| 一部負担金 | 外来 | 0円 |
| | 入院 | 0円 |

重度障害者医療費、高齢重度障害者医療費、母子家庭等医療費、乳幼児等医療費 受給者証様式

| | | |
|-----------------------|--------------------|-----------------|
| 障 重度障害者医療費受給者証 | | |
| 負担者番号 | 2 8 | |
| 受給者番号 | | |
| 受給者 | 住所 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 一部負担金 | 外来 | 1日 600 円まで(月2回) |
| | 入院 | 1割負担 2,400 円まで |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 発行機関名及び印 | 市(町)長 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | |

この証は、兵庫県内の保険医療機関等においてのみ有効です。
他の公費負担医療制度(自立支援医療、指定難病等)の受給者である場合、当該制度を利用したうえで、この証を併用することができます。
当該制度の受給資格が確認できるものと併せて提示してください。

<<障(母)高 低所得者>>

| | | |
|-------|----|-----------------|
| 一部負担金 | 外来 | 1日 400 円まで(月2回) |
| | 入院 | 1割負担 1,600 円まで |

<<障(母)一般>>

| | | |
|-------|----|-----------------|
| 一部負担金 | 外来 | 1日 800 円まで(月2回) |
| | 入院 | 1割負担 3,200 円まで |

<一部負担を免除、もしくは負担なしの場合>

| | | |
|-------|----|-----|
| 一部負担金 | 外来 | 0 円 |
| | 入院 | 0 円 |

こども医療費助成 受給者証様式

| | | |
|---------------------|--------------------|---------------------------|
| こ こども医療費受給者証 | | |
| 負担者番号 | 2 8 | |
| 受給者番号 | | |
| 受給者 | 住所 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 一部負担金 | 2割負担 | 医療保険・他公費適用後の自己負担額の2/3の額まで |
| | | |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 発行機関名及び印 | 市(町)長 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | |

この証は、兵庫県内の保険医療機関等においてのみ有効です。
他の公費負担医療制度(自立支援医療、指定難病等)の受給者である場合、当該制度を利用したうえで、この証を併用することができます。
当該制度の受給資格が確認できるものと併せて提示してください。

<負担なしの場合>

| | | |
|-------|----|-----|
| 一部負担金 | 外来 | 0 円 |
| | 入院 | 0 円 |

<入院のみ負担なしの場合>

| | | | |
|-------|----|------|---------------------------|
| 一部負担金 | 外来 | 2割負担 | 医療保険・他公費適用後の自己負担額の2/3の額まで |
| | 入院 | | 0 円 |

福祉医療助成費の請求に係る留意点

1. 受給者証等の確認について

① 受給者証は毎月必ず確認してください。

受給資格については、毎年7月の定期更新時だけでなく、年の途中で福祉医療の対象でなくなる場合があります。

- (例)・対象者(年齢)の要件を満たさなくなった。
・世帯員の転入・転出等による所得の再判定。

毎月、月の初めの受診の際には、必ず医療保険の資格情報の確認をあわせて受給者証の確認をお願いします。

② 高齢受給者は「高齢受給者証」の提示が必要です。

令和元年7月より、従来市町窓口での償還払いにより助成を行っていた70歳から74歳の高齢受給者への現物助成を開始しています。

高齢受給者である福祉医療受給者については、オンライン資格確認の場合を除き、「高齢受給者証」の提示がない場合は現物助成を行わず、医療保険の一部負担額(医療費の3割)を窓口で徴収してください。

③ 県外国保に加入している受給者が高額療養費に該当しうる場合は、「限度額適用認定証」等の提示が必要です。

県外の国民健康保険(兵庫県以外の市町村国民健康保険及び兵庫県以外に本部を有する国民健康保険組合)に加入している69歳以下の福祉医療の受給者が、入院、高額な診療又は調剤を受ける場合等、同一月の医療費が高額療養費に該当しうる場合(所得区分オの限度額超)については、窓口において、必ず「限度額適用認定証」等の提示を求め、提示があった場合にのみ受給者証に記載の一部負担額を徴収してください。

「限度額適用認定証」等の提示がない場合は現物助成を行わず、医療保険の一部負担額(医療費の2割～3割)を窓口で徴収してください。

※ オンライン資格確認の場合は、画面での資格情報確認により、上記②、③における必要な証の提示に代えることが可能です。必要な証の提示がされなかった場合や資格情報が確認できなかった場合、受給者は、後日市町の窓口申請し、償還払いによる助成を受けることになります。

2. 他の公費負担医療と福祉医療の関係について

① 令和8年7月から国公費負担医療制度と福祉医療費制度を併用できるよう制度を改正しました。

令和8年6月までは、国と地方の役割分担から国公費負担医療制度（障害者総合支援法に基づく自立支援医療等）が適用される傷病等については助成の対象外としてきました。しかし、令和8年7月から、対象者の経済的負担軽減と利便性向上を図るため、国公費負担医療制度の適用後に、なお自己負担額がある場合は、その自己負担額に対して福祉医療制度を適用することが可能となりました。

② 独立行政法人日本スポーツ振興センター法に基づく災害共済給付の対象医療は福祉医療費助成の対象外です。

県と各市町が共同実施している福祉医療費助成制度は、実施主体である各市町から受給対象者に「福祉医療費受給者証」が交付され、医療機関等の窓口において提示することにより福祉医療費を現物給付していますが、災害共済給付制度が給付する医療費は、医療保険並の療養に要する費用の額の4/10（うち1/10は療養に伴って要する費用として加算される分）であり、最終的な自己負担額が発生しないことから、福祉医療費助成制度による助成の対象外としています。

このため、保護者の同意の下に災害共済給付制度に加入している園児・児童・生徒等が、学校等管理下における負傷、疾病等により医療機関等を受診された場合は、保護者が「医療等の状況」を学校等に提出いただくことにより、災害共済給付制度による給付の対象となる場合があることから、福祉医療費受給者証は使用せず、医療保険の自己負担額を徴収してください。

なお、学校等管理下の災害であっても、災害共済給付制度に加入していない場合や災害共済給付制度による給付が行われない場合には、後日市町窓口での償還払いにより助成します。