

各都道府県老人保健施設主管部（局）長 殿

厚生省老人保健福祉局老人保健課長



特定老人保健施設に入所している者が施設療養に相当する  
サービスを受ける場合における医療費の取扱いについて

標記については、平成12年3月31日付け老発第372号をもって厚生省老人保健福祉局長から都道府県知事あて通知されたところであるが、その具体的な取扱いについて下記のとおり定めたので、関係者に対して周知徹底を図るとともに、遺憾のないよう御配慮願いたい。

なお、本通知においては、前記通知を「局長通知」と略称する。

記

- 1 局長通知2の(1)により契約を締結しようとする特定老人保健施設は、様式第1号による申出書に老人保健施設開設許可書の写しを添えて、当該施設の所在地の都道府県知事に提出しなければならないこと。
- 2 都道府県知事は、前記の申出書を提出した特定老人保健施設の入所者について、局長通知2の(1)の(二)により市町村から委任を受けたときは、様式第2号による書面をもってその旨を当該特定老人保健施設に通知すること。
- 3 医療費の支給申請書は、様式第3号を参考とすること。この場合の記載要領については、別記によることとされたいこと。
- 4 本措置の対象者がその入所中に要介護認定を受けたときは、当該認定に係る申請を行った日にさかのぼってその効力を生じ、介護保険制度から保険給付が行われることから、本措置に基づき医療費の申請を行った後に要介護認定を受けた入所者に係る医療費の支給額のうち、当該申請を行った日以降の入所期間分については、市町村に返還する必要があること。このため、要介護認定の申請中である入所者については、上記



締結した都道府県以外に所在する市町村に支給申請書を提出するときは、初回に限り、受領委任に係る承認書の写しを添付するものとする。

(別記)

医療費支給申請書（老人保健施設経過措置分）に係る  
記載要領

1 一般的事項

- (1) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の医療費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成すること。月の途中において市町村番号若しくは老人医療の受給者番号の変更があった場合又は公費負担者番号の変更があった場合も同様とすること。
- (2) 電子計算機により申請書を作成する場合にあっては、複数の選択肢の中から該当する項目を○で囲むこととしている欄については、該当する項目のみを印字したもので差し支えないこと。

2 各欄の記載方法について

- (1) 「平成 年 月分」欄、「都道府県番号」欄、「施設コード」欄、「保険者番号」欄、「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄、「市町村番号」欄及び「老人医療の受給者番号」欄について  
平成6年3月29日老健第41号厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知（老人保健施設の施設療養費請求書等の記載要領について）（以下「記載要領通知」という。）を参考とすること。
- (2) 「公費負担者番号」及び「公費受給者番号」欄について  
本措置の対象者が、生活保護法の医療扶助又は原子爆弾被爆者の援護に関する法律による一般疾病医療費を受けることができる場合に、その公費負担者番号及び公費受給者番号を記載すること。
- (3) 「交付番号」欄、「氏名」欄及び「施設の所在地及び名称」欄について  
記載要領通知を参考とされたいこと。
- (4) 「入所年月日」欄について  
当該施設に入所した日付を記載すること。
- (5) 「退所年月日」欄について  
当該月中に退所した場合に退所した日付を記載すること。また、要介護認定を受けた場合においては、当該認定を受けた日の前日の年月日を記載すること。退所月の翌月に行った訪問指導に係る退所前後訪問指導加算を請求する場合は、退所年月日を記

載すること。

(6) 「入所実日数」欄について

当該月中に入所者が実際に入所していた日数を記載すること。日数は入退所の日も1日として算出するものとし、外泊日数は入所実日数に含めないこと。

(7) 「外泊日数」欄について

入所期間中に、入所者が外泊した場合、外泊を始めた日及び施設に戻った日を含まない外泊中の日数(2泊3日の場合1日とする)を記載すること。

(8) 「主傷病」欄について

看護、医学的管理を要する主原因となる傷病名を記載すること。

(9) 「退所後の状況」欄について

当該月中に退所した場合(要介護認定を受けて要介護被保険者となり引き続き入所する場合を含む。)に、退所後の状況として該当する番号を○で囲むこと。

(10) 「給付費明細欄」、「緊急時施設療養費」欄、「請求額集計欄」、「食事費用」欄について

平成12年3月付けで老人保健福祉局介護保険制度施行準備室より示した「介護給付費明細書等記載要領」により記載すること。

特定老人保健施設の入所者に係る医療費の受領委任の取扱いに係る申出書

施設コード

特定老人保健施設の所在地及び名称 開設者の住所及び氏名 (法人であればはその名称及び主たる事務所の所在地)	
開設許可年月日	
遵守事項 1 施設は、関係法令及び通知を遵守し、特定老人保健施設の入所者の心身の状況等に応じて適切なケアを提供すること。 2 特定老人保健施設は、受領委任形式による医療費を支給し、特定老人保健施設の入所者の心身の状況等に応じて適切なケアを提供すること。 3 特定老人保健施設は、特定老人保健施設の入所者から介護老人保健施設の施設及び設備、人員並びに運営に関する請求事項(平成11年3月厚生省令第40号)第11条に規定する利用料の支払いを受けるものであること。 4 特定老人保健施設は、特定老人保健施設の入所者が次の各号のいずれかに該当する場合は遅滞なく意見を附し、その理由を説明し、相対するサービスに関する指示に従わないとき。 イ ロ ハ 特定老人保健施設は、説明を求め、又は報告を償する場合は遅滞なく意見を附し、その理由を説明し、相対するサービスに関する指示に従わないとき。 5 特定老人保健施設は、説明を求め、又は報告を償する場合は遅滞なく意見を附し、その理由を説明し、相対するサービスに関する指示に従わないとき。	
受領委任の取扱いを開始しようとする年月日	
受領委任の取扱いをしようとする期間	

平成 年 月 日

知事

殿

特定老人保健施設開設者

特定老人保健施設の入所者に係る医療費の受領委任の取扱いについて

施設コード

<p>特定老人保健施設の所在地及び名称</p>	
<p>開設者の住所及び氏名 (法人であるときはその名称及び主たる事務所の所在地)</p>	
<p>開設許可年月日</p>	
<p>遵守事項</p>	<p>1 特定老人保健施設は、関係法令及び通知を遵守し、特定老人保健施設の入所者の心身の状況等に応じて適切な施設運営を行うこととする。</p> <p>2 特定老人保健施設は、受領委任形式による医療費支給に係る施設運営を受け、これを求められた場合には、その施設運営に支障を及ぼす事項を報告し、介護保険法施行令第26条第2項の規定に基づき、特定老人保健施設の入所者から介護保険料の施設及び設備、人員並びに運営に関する事項を請求するものとする。</p> <p>3 特定老人保健施設は、特定老人保健施設の入所者から介護保険料の施設及び設備、人員並びに運営に関する事項を請求するものとする。</p> <p>4 特定老人保健施設は、特定老人保健施設の入所者が次の各号のいずれかの場合には、退費を申し立てる旨を所管する市町村に通知しなければならない。</p> <p>イ 正当な理由なく施設を退費する場合</p> <p>ロ 正当な理由なく施設を退費する場合</p> <p>ハ 正当な理由なく施設を退費する場合</p> <p>ニ 正当な理由なく施設を退費する場合</p> <p>ホ 正当な理由なく施設を退費する場合</p> <p>ヘ 正当な理由なく施設を退費する場合</p> <p>5 特定老人保健施設は、説明を求め、医師を求め、又は報告を徴する場合に、これに必要であると認めなければならないこと。</p>
<p>受領委任の取扱い開始年月日</p>	

平成 年 月 日付けで申出のあった表記の件については、これを承知したので通知します。

平成 年 月 日

知事



施設コード

氏名	性別	年齢	生年月日	住所	〒	市区町村	番	号	老人保健施設名

保険番号				
被保険者証・保険証番号				
手帳等の番号・番号				

施設名		
所在地		
性別	1男 2女	1男 2女 3男

施設の所在地及び名称

入所日	年	月	日	退所日	年	月	日	入所実日数	外泊日数

退所後の状況 1. 居宅 2. 介護保険施設 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分	公費対象単位数	概要
合計							

緊急時 種別	① ② ③	緊急時治療 開始年月日	① 平成 ② 平成 ③ 平成	年	月	日
緊急時治療管理(再発)	単位	単位×	日			
リハビリテーション	点	点				
処置	点	点				
手術	点	点				
麻酔	点	点				
放射線治療	点	点				
合計	点	点				

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

区分	保険分	公費分	保険分特定格率	公費分特定格率
① 点数・単位数合計				
② 点数・単位数単価	▲	円/単位	10円/点	10円/点
③ 給付率	/100	/100	/100	/100
④ 請求額(円)				
⑤ 利用者負担額(円)				

食料提供費	標準負担額(月額)	食事提供費請求額	標準負担額
基本			
特別食			
返入日数	公費日数	合計	公費請求分

上記の施設業務に相当するサービスに要した費用の額を受給申請いたします。  
私の受ける医療費の負担に関する権限を特定老人保健施設(名称) \_\_\_\_\_ に委任します。  
平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
老人医療受給対象者 住所 氏名

上記責任を承諾いたします。  
特定老人保健施設開設者