

2006年 4月14日

お客様各位



自立支援医療制度(神戸市対応)について

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は弊社製品のご愛顧を賜り、誠にありがとうございます。

今回、神戸市は自立支援医療制度における独自の負担軽減策として、定率負担部分の月額負担上限額を福祉医療費助成制度と同程度まで引き下げました。

つきましては、保険種別マスタの追加と該当患者様の頭書登録(給付・負担率変更)を下記手順に従って行って頂きます様、お願い致します。

お忙しい時期と重なり大変ご迷惑をおかけ致しますが、宜しく願い申し上げます。

敬具

記

手順1 保険種別マスタの追加

コンピュータが2台以上ある医療機関様は、全てのメニューを取り消してシステムメニューにし、本体で処理を行って下さい。

システムメニューより **PageDown** キーを押し、「18.医療機関メンテナンス」を選択します。

「1.平成18年04月01日～」 「06 保険種別(ユーザー)」 「01.追加」を選択します。

空き番号にカーソルが合っていますので **確定(F12)** を押し、必要な法別番号毎に下記画面通りに設定して下さい。全て設定出来たら **区切** キーを押下して登録して下さい。

登録出来たら **取消** キーを押下しシステムメニューまで戻ります。

21以外の該当の法別番号(15・16・17)はこの箇所をそれぞれ変更して追加して下さい。

名称	神戸市21	保険者番号	21
保険種別	公費	被保険者記号	
公費区分	0	市町村キー位置	0 0
自県・他県区分		負担者番号	21
公費特殊計算方式	有り(公費特殊計算)	受給者番号	
		公単給付率	0
		公費分給付率	0

給付率	一部負担金	国保任意給付フラグ
社保・入院・本人	0	入院・本人 対象外
社保・入院・家族	0	入院・家族 対象外
社保・外来・本人	0	外来・本人 対象外
社保・外来・家族	0	外来・家族 対象外
国保・入院・本人	0	
国保・入院・家族	0	
国保・外来・本人	0	
国保・外来・家族	0	

入力 キーで全て進めると次ページの画面に進みます。

一部負担金印字(老併)	1 打たない	2 打つ	一部負担金出力	対象外
老人区分	老人以外		職務上の事由	対象外
老人併用時標準負担額	食事負担区分に従う		老人一部負担金算定区分	27老人に準ずる
薬剤負担算定 フラグ	標準		定額負担金算定回数	0 回
算定区分	対象外			

共通	3歳未満	80 %	一般	入院 本人	0 %
給付率	70歳以上(高所得)	80 %		家族	0 %
	70歳以上	90 %		外来 本人	0 %
	70歳以上老保(※)	80 %		家族	0 %
	70歳以上老保	90 %		切替年月	年 月

負担金上限切替	上限あり	窓口負担算定単位	1日単位
高額患者負担	患者請求なし	初診・月初め算定区分	毎回算定
入院1日上限金額	0円	レフト負担金端数処理	老人準拠に準ずる
標準負担額(患者負担額)	0 %	負担金上限	対象外

レフト負担金欄0印字	0円印字	レフト食事欄0印字	スペース
切替年月	18年04月	長期入院該当当月数	3ヶ月超
負担方式 入院	負担割合+月上限金額	現物給付対象金額 入院	0円未満
外来	1日単位上限金額+月上限回数	現物給付対象金額 外来	0円未満

	給付率	月上限金額	日上限金額	月上限回数	処方箋印字
入院	90 %	2000 円	0 円	0 回	印字なし
	90 %	1200 円	0 円	0 回	印字なし
	100 %	0 円	0 円	0 回	印字なし
	0 %	0 円	0 円	0 回	印字なし
	0 %	0 円	0 円	0 回	印字なし
外来	90 %	0 円	500 円	2 回	印字なし
	90 %	0 円	300 円	2 回	印字なし
	100 %	0 円	0 円	0 回	印字なし
	0 %	0 円	0 円	0 回	印字なし
	0 %	0 円	0 円	0 回	印字なし

手順2 該当患者の頭書き登録 主保険 負担・給付率の変更

該当患者が来院した場合保険追加を行います。頭書きが表示されたら、第一公費の負担者番号にカーソルを合わせて法別番号(頭2桁の番号)を入力し[入力]キーを押し手順1にて追加した公費マスタを選択し負担者番号・受給者番号を入力し一部負担金区分の選択画面より受給者証の一部負担金欄に該当するものを選択し、登録します。

頭書き変更で再度呼び出し、保険情報の給付と負担率を下図の通り 90%・10%に変更し登録して下さい。

個人情報
 カナ氏名: かん せいしん
 漢字氏名: 神戸 精神
 性別: 男
 生年月日: 5 21年01月01日 60歳
 入外区分: 入院

保険情報
 保険者番号: 01 4123 政府管掌
 本人家族: 本人 給付 90% 負担 10%
 記号: 神あいう
 番号: 3
 有効期限: []

最終入院: H 18年04月12日
 請求年月: H 18年04月
 電話番号: []

老人
 名称: []
 市町村番号: []
 受給者番号: [] 給付割合: 9%
 有効期限: []

第一公費
 名称: 神戸市公1
 負担者番号: 21280021
 受給者番号: 1234567 給付割合: 500円まで (2回)
 有効期限: [] 9%

第二公費
 名称: []
 負担者番号: []
 受給者番号: [] 給付割合: 9%
 有効期限: []

第一福祉
 名称: []
 負担者番号: []
 受給者番号: [] 給付割合: 9%
 有効期限: []

注意 の処理をしなければ70%・30%の状態になっています。

以上