

第 2 章 公害診療（調剤・訪問看護）報酬請求書

第 1 公害診療報酬（病院・診療所関係）

1. 受診の方法と医療の範囲

公害医療機関の皆様には主として療養の給付を担当していただくこととなります。被認定者は公害医療手帳を提示して認定疾病（続発症を含む。以下同じ。別掲様式：66 頁参照）の診療等を受けることとなりますが、その対象となる医療の範囲は次のとおりです。

- ① 診 察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑥ 移送

この場合、認定疾病にかかる医療については医療費の全額を本制度が負担することになりますので、健康保険制度などのように患者から一部負担金を徴収していただく必要はありません。

なお、被認定者であっても認定疾病以外の疾病の診療等をうける場合には本制度が適用されませんのでご注意ください。

2. 医療機関に対する医療費の支払

被認定者の認定疾病にかかる医療費の全額を本市から支払いますので、公害診療報酬請求書（様式 7：28 頁）に公害診療報酬明細書（様式 8、9：29、30 頁）を添えて診療月の翌月の 10 日（10 日が土・日・祝日の場合は、それらの日の直前の平日）までに必着するよう下記へ請求してください。

なお、被認定者に対し、入院、通院日数の区分に応じて療養手当を支給する関係上、請求は数ヶ月分をまとめずに、毎月必ず行ってください。

請求先……………〒545—8515 大阪市阿倍野区旭町 1—2—7—1000

あべのメディックス 10 階

大阪市保健所管理課 審査・給付グループ

TEL (06) 6647—0782・0794

医療費は大阪市公害診療報酬審査委員会に諮って決定しますが、決定した医療費についてはご指定の金融機関口座へ振り込みますので、はじめて請求されるときには必ず口座振替申出書により金融機関名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義、印鑑等を届け出てください。

3. 医療費（診療報酬）の額

診療報酬の額は、「公害健康被害の補償等に関する法律の規定による診療報酬の額の算定方法」（資料 3：36 頁）に基づいて算定してください。

4. 公害診療報酬明細書

公害診療報酬明細書は、入院用（様式 8：29 頁）と入院外（様式 9：30 頁）に分かれています。

公害診療報酬には

① 公害疾患特掲診療費

公害疾患相談料、公害入院療養指導料、公害外来療養指導料、清浄空気室管理料

② 薬剤料、特定保険医療材料及び放射性粒子、酸素その他の材料の費用

③ 諸加算、技術料等

初診料、再診料及びその時間外加算・休日加算・深夜加算・投薬の調剤・処方料、注射、処置、手術、検査、画像診断などの技術料等

の 3 種類がありますが、①及び②については右側の 1 点 10 円の欄に、③については入院の場合は左側の 1 点 12 円の欄に、入院外については 1 点 15 円の欄に点数で記載し、小計欄でそれぞれの欄の点数を集計したうえ、10 円又は 12 円（15 円）を乗じて合計額を算出してください。

なお、公害診療報酬明細書の記載上の注意事項等については、「公害医療機関の診療報酬の請求について」の I（資料 4：39 頁）をご参照ください。

5. 公害診療報酬請求上の注意事項

(1) 疾病名（1）欄に記載されている疾病名と公害医療手帳に記載されている認定疾病名とを照合して、同一のものを○で囲んでください。

(2) 疾病名（2）欄以下には、診療の対象とした認定疾病名の続発症名等をすべて記載してください。

(3) 認定疾病における療養の給付及び療養費に関する疑義解釈については（資料 7：57 頁）をご参照ください。

(4) 請求書の“印鑑”は必ず朱肉を用いて鮮明に押印してください。（シャチハタ印等を使って押印されたものは、会計規則上認められておりません。）

また、請求者氏名、請求件数、請求金額等を訂正されたときは、必ず訂正印を押してください。

6. 処方せんの取扱い

医療機関が投薬のための処方せんを発行される場合は、公害医療にかかるものであることが保険薬局にわかるように欄外に **公害** と表示するとともに公害医療手帳の記号番号を記載してください。

7. その他

「公害医療機関の療養に関する規程」（資料 5：54 頁）、「公害医療機関の療養に関する規程 第 13 条の規定に基づく診療を担当する医師の使用する医薬品」（資料 6：56 頁）、並びに “認定更新申請及び障害補償費請求・診療報酬請求等の事務の流れ”（参考 1：71、72 頁）を参考までにご覧ください。

公 害 診 療 報 酬 請 求 書
調 剤 訪 問 看 護

請求No.

--

平成 年 月分

公害医療機関番号	表		
	医科	調剤	訪問看護

		請 求 額		決 定 額	
		件数	金 額	件数	金 額
請 求 額	入 院	件	円	件	円
	入 院 外 (調剤・訪問看護)	件	円	件	円

(提出先) 大 阪 市 長


上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

公害医療機関 所在地 〒

名 称

医療機関名称・請求者氏名 TEL
(必ずご記入・ご捺印ください。)

医療機関名称 請求者氏名	
-----------------	---

金融機関名		支店名		種別	
口座番号		口座名義			

お届けのあった銀行等は、上記のとおりですので、ご確認ください

ご注意

- 1 太字及び太枠のみご記入ください。
- 2 請求印は必ず、朱肉で押印してください。インク浸透式印鑑は認められておりません。また、訂正のある場合は必ず訂正印を押してください。
- 3 所在地、名称、開設者、振込口座等の既届出事項の変更がある場合は、大阪市保健所管理課審査・給付グループ(電話06-6647-0782・0794)までご連絡ください。
- 4 医学的検査の検査料(文書料)は別途支払います。公害診療報酬の請求には含めないでください。

審査委員会

平成 年 月分 公害診療報酬明細書(入院)

公害医療手帳の 記号・番号		大阪 <input type="text"/>									
氏名	公害医療機関の 所在地及び名称										
	男 ¹	女 ²	明 ^M	大 ^T	昭 ^S	年生					
疾病名	(1)	イ 慢性気管支炎 ロ 気管支ぜん息 (該当する記号を ハゼン息性気管支炎 ニ 肺気しゅ ○印で囲むこと。)			診療開始日	(1) 年 月 日	診療実日数	<input type="text"/> 日			
	(2)					(2) 年 月 日	転	帰			
	(3)					(3) 年 月 日	治	ゆ	死	亡	中
				(1点12円)点	(1点10円)点						
⑪初診	時間外・休日・深夜	回									
⑬医学管理											
⑭在宅											
⑳投薬	㉑内服	単位									
	㉒屯服	単位									
	㉓外用	単位									
	㉔調剤	日									
	㉕麻毒基	日									
㉖調	基										
㉗注射	薬剤	回									
㉘処置	薬剤	回									
㉙手術	薬剤	回									
㉚検査	薬剤	回									
㉛画像診断	フィルム等	回									
㉜その他	薬剤										
㉞入院	入院年月日	年 月 日									
	病診	⑳入院基本料・加算									
			×	日間							
			×	日間							
			×	日間							
			×	日間							
		×	日間								
公害入院療養指導料		×	日間								
		×	日間								
清浄空気室管理料			日間								
その他											
小計				①	点	②	点				
㉟食事	基準	円×	回			円					
	特別	円×	回			円					
	食堂	円×	日間			円					
小計				③		円					
合計		④	12円 × ①			円					
		⑤	10円 × ②			円	※ 過誤				
		⑥	1.2 × ③			円	※ 決定				
		⑦	④+⑤+⑥			円					

(注) 太字は公害疾患特掲診療料

※の欄は、記入しないこと。

平成18年4月～

平成 年 月分 公害診療報酬明細書(入院外) 2

公害医療手帳の 記号・番号		大阪 <input type="text"/>															
氏名	公害医療機関の 所在地及び名称																
	1	2	M	T	S	年生											
疾病名	(1)	イ 慢性気管支炎 口 気管支ぜん息 (該当する記号を) ハ ぜん息性気管支炎 ニ 肺気しゅ (〇印で囲むこと。)						診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数	<input type="text"/>	日		
	(2)								(2)	年	月	日	転	帰			
	(3)								(3)	年	月	日	治	ゆ	死	亡	中
							(1点15円)点	(1点10円)点									
①	初診	時間外・休日・深夜	回														
②	再診	再診	×	回													
		外来管理加算	×	回													
		時間外	×	回													
		休日	×	回													
		深夜	×	回													
③	医管 学理	公害相談		回													
		公害外来療養指導		回													
④	在宅	その他		回													
		往診		回													
		夜間		回													
		深夜・緊急		回													
⑤	薬	在宅患者訪問診療		回													
		その他		回													
		薬剤		回													
		②①内服	薬剤	×	単位												
		②②屯服	薬剤	×	単位												
		②③外用	薬剤	×	単位												
		②④処方	薬剤	×	単位												
②⑤麻毒基	薬剤	×	単位														
⑥	注射	③①皮下筋肉内		回													
		③②静脈内		回													
		③③その他		回													
		③④薬剤		回													
⑦	処置	薬剤		回													
⑧	手術	薬剤		回													
⑨	検査	薬剤		回													
⑩	画像診断	フィルム等		回													
⑪	その他	処方せん		回													
⑫	その他	薬剤		回													
小計							①	点	②	点							
合計			③	15円 × ①				円	※ 過誤			円					
			④	10円 × ②				円	※ 決定			円					
			⑤	③ + ④				円				円					

(注) 太字は公害疾患特掲診療料

※の欄は、記入しないこと。

平成18年4月～