

訪問看護療養費の医療保険請求Q & A

令和5年3月（第8版）

兵庫県国民健康保険団体連合会

目次

Q1 請求の際に必要な様式はどのようなものですか。 また、どのように作成すればよいのでしょうか。	・・・ 3
Q2 オンラインや光ディスク等による請求はできますか。	・・・ 4
Q3 介護保険の郵送物と同封してもよいでしょうか。	・・・ 4
Q4 返戻されたレセプトの取扱いはどうしたらよいでしょうか。 また、どのように提出（再請求）したらよいでしょうか。	・・・ 4
Q5 生活保護受給者の請求はどのようにしたらよいでしょうか。	・・・ 4
Q6 福祉医療費（医療費助成事業）の取扱いはどのようにしたら よいでしょうか。	・・・ 5
Q7 提出したレセプトに誤りがあることが判明した場合どうすれ ばよいでしょうか。	・・・ 6
Q8 レセプト作成上で特に留意することはありますか。	・・・ 7

参考

記載誤り・漏れが見受けられるレセプト欄について

1 (1) 特掲診療料の施設基準等・別表第七に掲げる疾病等の利用者	・・・ 10
(2) 特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる疾病等の利用者	・・・ 11
2 保険種別、本人・家族欄と給付割合欄の記載	・・・ 12
3 「特記」	・・・ 13
4 「高額療養費」	・・・ 16

問い合わせ先

審査第1課 調剤・訪問看護係（医療保険の訪問看護担当） 078-332-9535

*介護保険の訪問看護は介護福祉課介護保険係 078-332-5618 にお問い合わせください。

Q1 請求の際に必要な様式はどのようなものですか。

また、どのように作成すればよいのでしょうか。

A1 請求するには以下の様式が必要です。

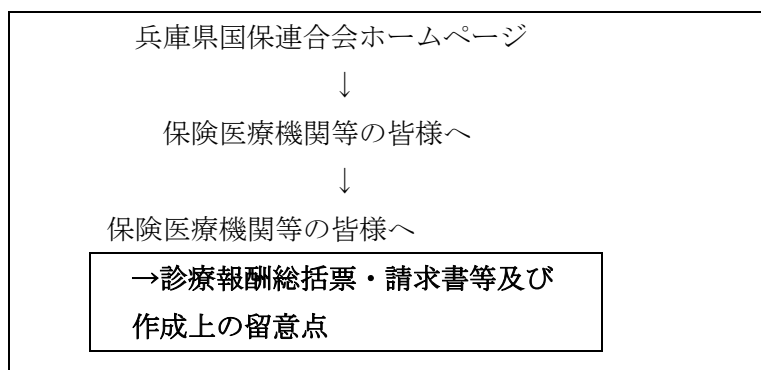
- 1 「国民健康保険・後期高齢者医療訪問看護療養費総括票」（様式審 3-3）
訪問看護事業所ごとに1枚作成してください。
月遅れ分の請求があっても、当月分と合わせて1枚のみ作成してください。
請求書枚数は、明細書枚数ではなく、請求書の枚数を記載してください。
- 2 「国民健康保険訪問看護療養費請求書」（様式第二）
保険者（市町村又は国保組合）ごとに1枚作成してください。
請求合計欄に件数（レセプト枚数）、日数、金額の合計を記載してください。
* 神戸市は代表番号「284000」を記載してください。（区ごとに分けての請求書作成は不要です）
- 3 「後期高齢者医療訪問看護療養費請求書」（様式第三）
都道府県ごとに1枚作成してください。
兵庫県広域連合の番号は「39280003」です。
請求区分ごとにそれぞれ件数（レセプト枚数）、日数、金額の合計を記載してください。
- 4 「訪問看護療養費明細書」（様式第四）（以下「レセプト」という。）
利用者ごとに各訪問月につき1枚作成してください。（月の途中で国民健康保険から後期高齢医療になった、又は引越し等で保険者（市町等）が変わった場合は、保険者ごとに作成します。）

***レセプト編綴等の留意事項**

レセプトは、請求書又はレセプト種別ごとにホッチキス等で止めないようにお願いします。

* 「総括票」（上記1）と「請求書」（上記2、3）の各様式は、本会のホームページに掲載しています。

上記各請求様式の本会ホームページ掲載箇所



Q2 オンラインや光ディスク等による請求はできますか。

A2 訪問看護療養費の医療保険の請求は、すべて紙媒体での請求となります。

Q3 介護保険の郵送物と同封してもよいでしょうか。

A3 同封していただいて構いません。ただし、医療保険分と介護保険分を混在させず、保険種別を明記した別封筒に入れて区別してください。

それぞれの封筒に封をして、介護保険分が同封されていることを明記してください。

Q4 返戻されたレセプトの取扱いはどうしたらよいでしょうか。また、どのように提出(再請求)したらよいでしょうか。

A4 照会付箋及び過誤付箋に記載の不備事由の箇所を訂正して再請求願います。

訂正は修正液を使用せず、黒若しくは青色のボールペン等で不備な箇所を二重線で抹消の上、正しい内容を記載してください。(訂正印は不要です。)

返戻時に添付されていた照会付箋及び過誤付箋は必ず添付して、再提出をお願いします。(再作成された場合の訂正前のレセプト、増減点返戻通知書、過誤調整結果通知書は添付しないでください。)

再請求時に事業所番号に変更がなければ、再請求分として請求書、総括票を別に作成する必要はありません。

総括票は、当月分及び再請求分を分けずに1枚で作成してください。

請求書は、診療月ごとに分けずに保険者ごとに作成してください。

Q5 生活保護受給者の請求はどのようにしたらよいでしょうか。

A5 医療給付において、国民健康保険法と生活保護法の併用はありません。

生活保護受給者の医療レセプトの提出先は国保連合会ではなく、社会保険診療報酬支払基金です。詳しくは支払基金にお問い合わせください。

Q6 福祉医療費（医療費助成事業）の取扱いはどのようにしたらよいでしょうか。

A6 令和3年7月1日から訪問看護療養費が福祉医療費助成制度の対象になりました。

《対象となる制度》

重度障害者医療費助成事業

高齢重度障害者医療費助成事業（後期高齢者のみ）

高齢期移行助成事業

乳幼児等医療費助成事業

こども医療費助成事業

母子家庭等医療費助成事業

※市町によって受給資格、助成内容等が異なります。

詳しくは、受給者証を発行している市町の福祉医療担当窓口にお問い合わせください。

《請求方法について》

現物給付方式の採用により、訪問看護療養費明細書を併用区分で作成してください。

公費負担者番号①、受給者番号①に受給者証に記載されている番号を記載します。

右上の併用区分は「1 単独」ではなく、「2 2併」となります。

「負担金額」の項中「①」の項（2段目）に、福祉負担医療に係る患者負担額を記載します。

Q7 提出したレセプトに誤りがあることが判明した場合どうすればよいでしょうか。

A7 誤りがあるレセプトを取り下げて、正しいレセプトを作成し提出します。

*訂正レセプトの差し替え対応はしておりません。

具体的には、次のような手順になります。

1 「診療報酬明細書返戻(取下げ)依頼書」を提出する。(FAXは不可)

(1) 当月審査分は、「兵庫県国保連合会審査第1課調剤・訪問看護係」あて提出

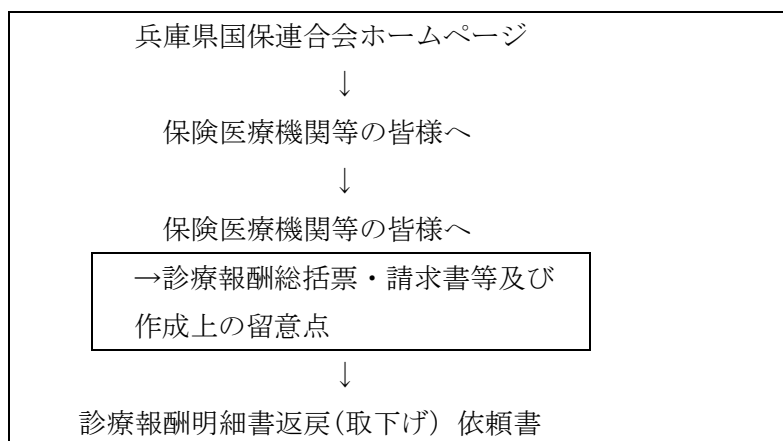
(2) 前月以前審査分は、「兵庫県国保連合会支払調整課調整係」あて提出

* 「診療報酬明細書返戻(取下げ)依頼書」のみ提出してください。

レセプト等は添付しないでください。

2 取下げを依頼したレセプトが手元に戻ってから、正しいレセプトを再請求してください。

* 「診療報酬明細書返戻(取下げ)依頼書」は本会のホームページに掲載しておりますので、ダウンロードしていただけます。



Q8 レセプト作成上で特に留意することはありますか。

A8 次の点に留意して請求前に確認してください。

- 1 レセプトは、「訪問看護療養費請求書等の記載要領」（平成 18 年保医発第 033000 号以下「記載要領」という。）に基づいて作成してください。（改正がある場合は、当該項目の記載を確認してください。）
- 2 レセプト各欄の記入漏れ・表示漏れがないように留意してください。
また、「○で囲むこと」となっている項目は、○表示の有無が利用者への訪問条件、各種加算の算定要件となります。

例 (1) 「訪問した場所」欄の記載

「1 自宅」「2 施設（該当コード記載必要）」「3 その他（場所の記載必要）」
の○表示漏れ

(2) 「心身の状態」欄の記載

ア「1 別表 7」「2 別表 8」の○表示漏れ

イ「該当する疾病等」のコード記載漏れ（P10、11 当該コード表参照）

(3) 「特記事項欄」欄の記載

ア 2 か所以上の事業所が訪問している場合の「1 他①」「2 他②」の○表示、
当該ステーションの所在地及び名称の記載漏れ

イ 介護保険の要介護・要支援認定者の「5 介」の○表示漏れ等

ウ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合の「1 0 GAF」
の○表示、当該月の初日の指定訪問看護時における GAF 尺度により判定し
た値と、判定した年月日の記載漏れ

(4) 「備考」欄の記載

「低所得Ⅰ」「低所得Ⅱ」を「※高額療養費」欄への記載誤り。

「備考」欄に記載してください。

3 高齢受給者、後期高齢者医療被保険者のレセプトの作成は次の点に留意してください。
70歳未満の被保険者と70歳以上の被保険者では、レセプトの同じ欄への記載でも、記入する内容が異なりますので、ご注意ください。

(1) 「負担金額」欄の記載

ア 保険の項

(P16、17「4 高額療養費」参照)

イ 公費の項

「負担金額」の項中「①」の項(2段目)又は「②」の項(3段目)には、それぞれ第1公費、第2公費の公費負担医療に係る患者負担額を記載します。

公費負担医療受給者については必ず「自己負担額上限管理票」を御確認ください。

公費負担により軽減された一部負担金額は保険の一部負担金額を超えることはありません。(上段の一部負担金額 \geq 下段の一部負担金額)

なお、公費に係る患者負担額は、【一部負担割合額・公費負担医療受給者証に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額・自己負担額上限管理票の残額】のうち一番少ない額が適用されます。

(ア) 負担割合額を徴収する場合のレセプトの記載金額は「1円単位」で記載してください。ただし、高額療養費が発生する場合は、10円単位(10円未満四捨五入)となります。

(イ) 窓口で徴収する公費に係る患者負担額や自己負担額上限管理票の記載額は、「10円単位」となります。

(ウ) 公費に係る患者負担額が割合を乗じた金額ではなく、残額を徴収する場合のレセプトの記載額は、「10円単位」となります。(自己負担額上限管理票の記載額は10円単位で記載するため)

(2) 備考欄の記載

高齢受給者、後期高齢者医療被保険者の低所得世帯に属する被保険者の請求において、高額療養費が現物給付され、保険に係る負担金額欄に金額を記載したときは、「備考」欄に「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」と適用区分を記載してください。

(3) 75歳到達月の請求

誕生日前日までは国民健康保険、誕生日以降は後期高齢者医療でそれぞれレセプトを作成してください。なお、75歳到達月の自己負担限度額の特例として自己負担限度額が、国民健康保険・後期高齢者医療ともに2分の1になります。

*なお、年齢到達日が1日の場合や障害等により65歳以上75歳未満で後期高齢者医療の認定を受けた者は、75歳到達月の自己負担限度額の特例の対象外です。

- 4 介護保険の要介護者・要支援者（以下要介護被保険者等という。）である利用者に対する訪問看護は、介護保険が優先されるため、指定訪問看護の費用に要する額を算定できるのは、厚生労働大臣が定める以下の場合になります。

（平成 18 年 3 月 6 日 厚生労働省告示第 103 号 第 4 の 1）

- (1) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合
- (3) 精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合

5 介護保険との給付調整

要介護被保険者等が医療保険による訪問看護ができる場合でも、訪問看護管理療養費の加算項目等に関して次のような給付調整があります。

- (1) 訪問看護管理療養費の加算項目

ア 24 時間対応体制加算

介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問加算を算定している月には算定できません。

イ 特別管理加算

介護保険における特別管理加算を算定している月には算定できません。

ウ 看護・介護職員連携強化加算

介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月には算定できません。

エ 在宅患者連携指導加算

算定できません。

オ 退院支援指導加算

退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第 2 の 1 の (1) に規定する疾病等（特掲診療料施設基準等別表第七）の利用者に対する指定訪問看護である場合に限り、算定することができます。

- (2) 訪問看護情報提供療養費 1

同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限り、算定することができます。

- (3) 訪問看護ターミナルケア療養費

介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算を算定した場合は、算定できません。

参考

1 (1) 特掲診療料の施設基準等・別表第七に掲げる疾病等の利用者 (平成 18 年 3 月 6 日 厚生労働省告示第 103 号 第 2 の 1)

コード	疾病・状態等
01	末期の悪性腫瘍
02	多発性硬化症
03	重症筋無力症
04	スモン
05	筋萎縮性側索硬化症
06	脊髄小脳変性症
07	ハンチントン病
08	進行性筋ジストロフィー症
09	パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
10	多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
11	プリオン病
12	亜急性硬化性全脳炎
13	ライソゾーム病
14	副腎白質ジストロフィー
15	脊髄性筋萎縮症
16	球脊髄性筋萎縮症
17	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
18	後天性免疫不全症候群
19	頸髄損傷
20	人工呼吸器を使用している状態の者

* 別表第七に掲げる疾病等には、難病（公費番号 54・51）の対象疾患も含まれていますが、含まれていない対象指定疾患が多数あります。

要介護被保険者等は、別表第七に該当していることが、指定訪問看護の費用に要する額を算定できる（医療保険への請求になる）要件の一つであり、また、各療養費及びその加算の算定要件になっていることがあります。

別表第七該当の利用者のレセプト作成に当たっては、「1 別表 7」該当の○表示、疾病等コードの記載漏れがないようご注意ください。

(2) 特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる疾病等の利用者

(平成 18 年 3 月 6 日 厚生労働省告示第 103 号 第 2 の 1)

コード	疾病・状態等
41	在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者
42	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
43	気管カニューレを使用している状態にある者
44	留置カテーテルを使用している状態にある者
45	在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
46	在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
47	在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
48	在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
49	在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
50	在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
51	在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
52	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
53	在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
54	在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
55	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
56	真皮を越える褥瘡の状態にある者
57	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

* 別表第八に該当していることが、各療養費及びその加算の算定要件になっていることがあります。

別表第八該当の利用者のレセプト作成に当たっては、「2 別表 8」該当の○表示、疾病等コードの記載漏れがないようご注意ください。

2 保険種別、本人・家族欄と給付割合欄の記載

		①			②			③		
6	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本人	8 高齢一					
訪問			2 2 併	4 六歳				10	9	8
	2 公費	4 退職	3 3 併	6 家族	0 高齢7			7	()	

保険種別(上記①)

- 1 社・国……………健康保険(船員保険を含む。)又は国民健康保険(退職者医療を除く。)
- 2 公費 ……………公費負担医療(健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。)
- 3 後期 ……………後期高齢者医療
- 4 退職 ……………退職者医療

本人・家族及び給付割合(上記②及び③)

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 2 本人 ……………本人 | 7 割 |
| 4 六歳 ……………未就学者 | 8 割 |
| 6 家族 ……………家族 | 7 割 |
| 8 高齢一……………高齢受給者一般・低所得者 | 8 割 |
| 8 高齢一……………後期高齢者医療一般Ⅱ | 8 割 |
| 8 高齢一……………後期高齢者医療一般Ⅰ | 9 割 |
| 8 高齢一……………後期高齢者医療低所得者 | 9 割 |
| 0 高齢7……………高齢受給者・後期高齢者医療 7 割給付 | 7 割 |

※「本人・家族」欄の留意点

高齢受給者及び後期高齢者医療被保険者は、「8 高齢一」か「0 高齢7」のうちいずれか該当するもの1つを○で囲んでください。(このとき「2 本人」「6 家族」は○で囲まないでください。)

3 「特記」

所得区分にかかるコード・略号の記載については、「記載要領」の「12 特記欄について」のとおり記載してください。

(1) 70 歳未満（2 本人、4 六歳、6 家族）で限度額適用認定証又は公費負担医療受給者証（法別 51、52、54）の提示があった被保険者のレセプトは、下表の適用区分に沿ったコードと略称を特記欄に記載してください。したがって、提示がなければ記載不要です。

(2) 70 歳以上（65 歳以上の後期高齢者含む。）の全ての被保険者のレセプトは、下表の区分に沿ったコードと略称を特記欄に記載してください。

※ 公費負担医療受給者証は、「階層区分」欄ではなく、「適用区分」欄を基に記入してください。

※ コード及び略称が被保険者証の給付割合と一致していることを確認してください。

特記コード・略号	年 齢	内 容
26 区ア	70 歳未満	①「限度額適用認定証」の適用区分が「ア」
		②公費受給者証（下記）の適用区分が「ア」 ・ 特定医療費受給者証（法別 54） ・ 特定疾患受給者証（法別 51） ・ 小児慢性特定疾病受給者証（法別 52）
	70 歳以上 (70 歳未満 の後期高齢 者含む。)	①下記の証の提示のみ（一部負担金割合が 3 割） ・ 「高齢受給者証」 ・ 「後期高齢者医療被保険者証」 ②公費受給者証（下記）の適用区分が「VI」 ・ 特定医療費受給者証（法別 54） ・ 特定疾患受給者証（法別 51）

特記コード・略号	年 齢	内 容
27 区イ	70 歳未満	①「限度額適用認定証」の適用区分が「イ」
		②公費受給者証（下記）の適用区分が「イ」 ・ 特定医療費受給者証（法別 54） ・ 特定疾患受給者証（法別 51） ・ 小児慢性特定疾病受給者証（法別 52）
	70 歳以上 (70 歳未満 の後期高齢 者含む。)	①「限度額適用認定証」の適用区分が 「現役並みⅡ」又は「現役Ⅱ」
		②公費受給者証（下記）の適用区分が「Ⅴ」 ・ 特定医療費受給者証（法別 54） ・ 特定疾患受給者証（法別 51）
28 区ウ	70 歳未満	①「限度額適用認定証」の適用区分が「ウ」
		②公費受給者証（下記）の適用区分が「ウ」 ・ 特定医療費受給者証（法別 54） ・ 特定疾患受給者証（法別 51） ・ 小児慢性特定疾病受給者証（法別 52）
	70 歳以上 (70 歳未満 の後期高齢 者含む。)	①「限度額適用認定証」の適用区分が 「現役並みⅠ」又は「現役Ⅰ」
		②公費受給者証（下記）の適用区分が「Ⅳ」 ・ 特定医療費受給者証（法別 54） ・ 特定疾患受給者証（法別 51）
29 区エ (後期高齢者医 療除く。)	70 歳未満	①「限度額適用認定証」の適用区分が「エ」
		②公費受給者証（下記）の適用区分が「エ」 ・ 特定医療費受給者証（法別 54） ・ 特定疾患受給者証（法別 51） ・ 小児慢性特定疾病受給者証（法別 52）
	70 歳以上	①下記の証の提示のみ（一部負担金割合が 2 割） ・ 「高齢受給者証」
		②公費受給者証（下記）の適用区分が「Ⅲ」 ・ 特定医療費受給者証（法別 54） ・ 特定疾患受給者証（法別 51）

特記コード・略号	内 容
41 区カ (後期高齢者医療のみ)	①下記の証の提示のみ (一部負担金割合が 2 割) ・「後期高齢者医療被保険者証」
	②公費受給者証 (下記) の適用区分が「Ⅲ」 ・特定医療費受給者証 (法別 54) ・特定疾患受給者証 (法別 51)
42 区キ (後期高齢者医療のみ)	①下記の証の提示のみ (一部負担金割合が 1 割) ・「後期高齢者医療被保険者証」
	②公費受給者証 (下記) の適用区分が「Ⅲ」 ・特定医療費受給者証 (法別 54) ・特定疾患受給者証 (法別 51)

特記コード・略号	年 齢	内 容
30 区オ	70 歳未満	①「限度額適用認定証」の適用区分が「オ」
		②公費受給者証 (下記) の適用区分が「オ」 ・特定医療費受給者証 (法別 54) ・特定疾患受給者証 (法別 51) ・小児慢性特定疾病受給者証 (法別 52)
		①「限度額適用認定証」等の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」
	70 歳以上 (70 歳未満 の後期高齢 者含む。)	② 公費受給者証 (下記) の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」 ・特定医療費受給者証 (法別 54) ・特定疾患受給者証 (法別 51)

4 高額療養費

後期高齢者医療の方の上限額（令和4年10月診療分から）

	一部負担金の割合	所得区分	適用区分	1月の上限額
現役並み所得者	3割 (0 高齢7)	現役並みⅢ	Ⅵ	252,600円+(医療費-842,000円)×1% ※多数該当 140,100円
		現役並みⅡ	Ⅴ	167,400円+(医療費-558,000円)×1% ※多数該当 93,000円
		現役並みⅠ	Ⅳ	80,100円+(医療費-267,000円)×1% ※多数該当 44,400円
一般	2割 (8 高齢一)	一般Ⅱ	Ⅲ	・18,000円 または ・ <u>(配慮措置)6,000円+(総医療費-30,000円)×10%</u> の低い金額を適用 <u>※ 公費負担医療、福祉医療、特定疾病療養(マル長)は配慮措置対象外です。</u>
	1割 (8 高齢一)	一般Ⅰ	Ⅲ	18,000円
低所得	1割 (8 高齢一)	低所得 Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ・Ⅱ	8,000円

※ 適用区分は、公費負担医療に係る適用区分を表しています。

高齢受給者の方の上限額（平成 30 年 8 月診療分から）

	一部負担金の割合	所得区分	適用区分	1月の上限額
現役並み	3割 (0 高齢7)	現役並みⅢ	Ⅵ	252,600 円+(医療費-842,000 円)×1% ※多数該当 140,100 円
		現役並みⅡ	Ⅴ	167,400 円+(医療費-558,000 円)×1% ※多数該当 93,000 円
		現役並みⅠ	Ⅳ	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1% ※多数該当 44,400 円
一般	2割 (8 高齢一)	一般	Ⅲ	18,000 円
非課税等 住民税		低所得 Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ・Ⅱ	8,000 円

※ 適用区分は、公費負担医療に係る適用区分を表しています。

70 歳未満の方の上限額

適用区分	1月の上限額
ア	252,600 円+(医療費-842,000 円)×1% ※多数該当 140,100 円
イ	167,400 円+(医療費-558,000 円)×1% ※多数該当 93,000 円
ウ	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1% ※多数該当 44,400 円
エ	57,600 円 ※多数該当 44,400 円
オ	35,400 円 ※多数該当 24,600 円

留意事項

・医療保険の患者負担額が自己負担限度額（上表の 1 か月の上限額）を超えた場合のみ一部負担金額の記載が必要となります。したがって、高額療養費の対象とならなかった場合は、保険に係る負担金額の記載は不要です。

・後期高齢者か高齢受給者に該当する場合、低所得者Ⅰ・Ⅱで保険に係る負担金額について高額療養費が発生する場合は、レセプトの備考欄に「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」の区分を記載してください。

・ 公費負担医療（法別 51、52、54 以外の公費）併用レセプトの保険に係る負担金額は、所得区分がないことから、低所得者や現役並みの被保険者であっても、一般所得が適用されます。

・ 窓口での徴収金額が公費受給により軽減された場合でも、上記自己負担限度額を超えた場合は、「負担金額欄（上段）」に1か月の上限額の記載が必要です。（公費負担額が上記自己負担限度額までとなるため）