

島根県医師国民健康保険組合からのお知らせ

1. オンライン資格確認等システムの本格稼働による 限度額適用認定証等の運用方法の変更について

本年10月より、マイナンバー制度による「オンライン資格確認等システム」が本格稼働となりました。 ※予めマイナンバーカードの取得と保険証利用の申し込みが必要です

これにより、医療機関等窓口での高額な支払いとなる場合、これまで「限度額適用認定証（事前に申請が必要）」を提示することで支払いが一定の限度額（自己負担限度額）までに抑えられておりましたが、マイナンバーカードによる資格確認により限度額が確認できるようになりましたので証の提示が不要となります。

当組合では、オンライン資格確認等システムの本格稼働に対応するために、マイナンバーで被保険者全員の税情報等を確認させていただき、全被保険者に対して限度額適用区分を設定しますので、ご理解とご協力をお願いします。 ※毎年7月中を定期として全被保険者対象に設定します

医療機関等は、オンライン資格確認等システムの利用により、本人の同意を得たうえで適用区分をシステム画面から確認できるようになります。

○該当となる証類

1. 国民健康保険限度額適用認定証
2. 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証
3. 国民健康保険特定疾病療養受療証（慢性腎不全等の方）

○注意点ほか

- ・ 医療機関等がオンライン資格確認等システムの対応ができていない場合は、これまでと同様に限度額適用認定証を求められる場合がありますので、必要な方は従来通り当組合までご連絡いただき証交付の申請手続きを行ってください。
- ・ 高額療養費の自己負担限度額は当組合のしおり並びにHPに掲載しております。

2. 新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給について

～まずは医師国保組合事務局にご照会ください～

本組合では、この度の「新型コロナウイルス感染症」に係る感染等の影響を受けて、給与等の支払いを受けている被保険者が新型コロナウイルス感染症に感染又は発熱等での症状で感染が疑われた場合に、療養のため労務に服することが出来なかった期間について傷病手当金を支給致します。

（組規約第16条の2）

適用となる期間は、令和2年1月1日から令和3年12月31日までの間です。

本傷病手当金の支給を受けるためには申請が必要となります。申請方法並びに申請様式の請求や記入方法など、ご不明な点は医師国保組合事務局までお知らせください。申請様式は組合HPにも掲載しております。

3. 後期高齢者の組合員の皆様へ ～インフルエンザ予防接種補助事業について～

本組合の「保健事業実施要綱」に基づき、後期高齢者の組合員の皆様にインフルエンザ予防接種事業を実施いたします。対象となる皆様には個別にご通知申し上げますので、申請手続きをお願いいたします。

1. 実施対象者：後期高齢者の組合員
2. 接種期間：令和3年10月1日から令和4年2月28日まで
3. 申請手続き：インフルエンザ予防接種補助申請書(保健事業様式第6号)に領収書(原本)を添えて医師国保組合に提出 ※接種後お早めに申請をお願いします。
4. 助成金額：申請された自己負担額の全額

4. 整骨院や接骨院での「肩こり」「腰痛」の施術は保険の対象になりません(一部例外を除く)～柔道整復師による施術は、国民健康保険の適用(柔整施術療養費支給申請書上に記載できる)に制限があります～

◆保険証が使える場合

- ①ねんざ ②打撲 ③挫傷(肉ばなれ) ④骨折、脱臼(緊急時以外は医師の同意が必要です)

◆保険証が使えない場合(全額自己負担となります)

- ①単なる(疲労性・慢性的な要因からくる)肩こり・腰痛、筋肉疲労
 ②病気(神経痛・リウマチ・ヘルニアなど)による痛みやしびれ ③慰安目的のあん摩
 ④労災保険の対象となる工作中・通勤途中のケガ ⑤マッサージ代替りの利用 等

「療養費支給申請書」の確認をしましょう!

負傷原因・部位・月日・施術内容・負担金などを回答できるように、領収書は必ず保管しておき、施術の記録を残すなどしておきましょう。文書による照会の場合は、必ずご自身で記入して下さい。

施術にかかった療養費が適正なものかどうか確認するため、施術を受けた被保険者の皆様に文書で照会することがあります。ご理解とご協力をお願いいたします。

柔道整復 施術療養費支給申請書 令和3年 9月分		都道府県番号	32	施術機関コード											
公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号①		記号・番号		60-01234-000									
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		保険上級	2.組	3.共	4.本人	5.退	6.退	7.退	8.高	9.給付割合	10.9		
被保険者氏名		氏名		住所		〒690-0123 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地									
療養を受けた者の氏名		生年月日		負傷の原因・業務災害通称災害又は第三者行為外の原因による *****											
医師 花子		1男 2女		4平5令		35年4月5日		負傷原因の確認							
負傷名		負傷年月日		初検年月日		施術開始年月日		施術終了年月日		実日数		転帰			
(1) 右膝部打撲		3・9・4		3・9・4		3・9・4		3・9・18		2		治癒・中止・転医			
(2) 右足首ねん挫		3・9・4		3・9・4		3・9・4		3・9・18		2		治癒・中止・転医			
(3) 負傷名・負傷部位・負傷日の確認		-		-		-		-		-		治癒・中止・転医			
(4) 施術を受けた日数の確認		-		-		-		-		-		治癒・中止・転医			
(5)		-		-		-		-		-		治癒・中止・転医			
経過		施術日の確認		請求区分		新規・継続									
施術日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		【略】		【略】		【略】		【略】		【略】			
概要		窓口で支払った金額の確認		合計		10000円		一部負担金		3000円		請求金額		7000円	
上記のとおり施術したことを証明します。		令和3年9月18日		所在地 〒999-9999 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地		施術所名称 □□□□治療院		電話 0123-45-6789		柔道 フリガナ		整復師氏名 △△△△		受取代理人の欄	
令和3年9月18日		住所(上記住所欄と同じ)		被保険者氏名		組合員受給者		氏名		医師 太郎		この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する場合は、代理人の上押印してください。(※は保険者使用欄)			

注意! ◆白紙の申請書に署名を求められても、応じないでください。
 ◆利き手の負傷などで患者自身が署名できない時だけ、柔道整復師が代理署名できますが、その場合は患者の押印が必要です。

～ 保険加入、保険給付、各種健診費用助成等どんなことでもお気軽にお問い合わせください ～
 島根県医師国民健康保険組合 Tel : 0852-26-3100 URL : https://shimane-ikokuho.or.jp