

福岡県医発第1103号（地）

平成20年 8月12日



各医師会長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

福岡県公費負担医療費支給制度（乳幼児、重度心身障害者及び
母子家庭等医療）の一部改正について（通知）

標記の件につきまして、本年10月1日から、より一層の子育て支援、障害者福祉支援を図るため制度改正を行う旨、福岡県福祉労働部より別紙のとおり通知がありましたのでご連絡申し上げます。

制度改正の内容及びその取扱いにつきましては、別紙1のとおりでございます。

なお、一部の市町村におきましては、実施内容が異なる場合（各市町村の改正状況は別紙2を参照）がありますので、その取扱いにご留意ください。

また、改正に伴い、医保分に係る請求書等様式が別紙3とされ、当該制度に係る明細書等の記載方法が別紙4のとおりとされております。この内容につきましては、国保連合会とも協議済みであります。

つきましては、本件について貴会会員にご周知いただくとともに、別添ポスターが福岡県福祉労働部より各医師会へ送付されますので、各医療機関にご配布いただきますよう併せてお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 毛利康茂
医療保険副担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉

上記ポスターは別便にて送付いたしますので、院内にご掲示下さい。

「公印省略」

20障第1269号
20児第784号
平成20年7月30日

福岡県医師会長 殿

福岡県福祉労働部長
(障害者福祉課)
(児童家庭課)

福岡県公費医療費支給制度（乳幼児、重度心身障害者及び
母子家庭等医療）の一部改正について（通知）

平素より福岡県公費医療費支給制度の円滑な実施につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年10月1日から、より一層の子育て支援、障害者福祉支援を図るため標記制度の改正を行うこととしております。

つきましては、制度改正の内容及びその取扱いについては別紙1のとおりといたしますので、取扱いに御理解・御協力をいただきますようお願いいたします。

なお、一部市町村においては、実施内容が異なる場合（各市町村の改正状況は別紙2参照）がありますので、その取扱いにご留意いただきますようお願いいたします。

また、改正に伴い医保分に係る請求書等様式を別紙3のとおりとし、当該制度に係る明細書等の記載方法を別紙4のとおりといたします。この内容については国保連合会とも協議済みであることを申し添えます。

今後とも本制度の円滑な実施に御協力いただきますようお願いいたします。

記

- 1 福岡県公費医療費支給制度の改正概要及び取扱い《別紙1》
- 2 各市町村の改正状況（平成20年10月1日実施予定）《別紙2》
- 3 福岡県公費医療費支給制度に係る請求書等様式（医保分）《別紙3》
- 4 福岡県公費医療費支給制度に係る診療報酬明細書等の記載方法《別紙4》
- 5 制度改正ポスター《別添》

■お問い合わせ先

【制度内容に関すること】

（障害者医療）

福祉労働部障害者福祉課

TEL092-643-3264

（乳幼児・ひとり親家庭等）

福祉労働部児童家庭課

TEL092-643-3257

【請求方法に関すること】

福岡県国民健康保険団体連合会

TEL092-642-7826

審査部第2課



福岡県公費医療費支給制度の改正概要

I 改正時期

平成20年10月1日

II 乳幼児医療費支給制度

※下線箇所変更部分

	現行	改正後
対象者	入院外：3歳未満 入院：小学校就学前	<u>入院外：小学校就学前</u> 入院：小学校就学前
自己負担	3歳未満：なし 3歳以上： 初診料、往診料の自己負担分相当額	3歳未満：なし <u>3歳以上：</u> <u>入院外 600円/月(限度)</u> <u>入院 500円/日(月7日限度)</u>

III 重度障害者医療費支給制度 (旧制度名 重度心身障害者医療費支給制度)

	現行	改正後
対象者	身体障害者(身体障害者手帳1・2級) 知的障害者(IQ35以下) 重複障害者(身体障害者手帳3級かつIQ50以下) ※65歳以上は長寿医療(後期高齢者医療)制度加入者に限る	身体障害者(身体障害者手帳1・2級) 知的障害者(IQ35以下) 重複障害者(身体障害者手帳3級かつIQ50以下) <u>精神障害者(精神障害者保健福祉手帳1級)</u> ↳ 精神病床入院に係る費用は助成対象外 ※65歳以上は長寿医療(後期高齢者医療)制度加入者に限る
自己負担	65歳未満： 初診料、往診料の自己負担分相当額 65歳以上：なし	<u>入院外 500円/月(限度)</u> <u>入院〔一般〕500円/日(月20日限度)</u> <u>〔低所得〕300円/日(月20日限度)</u>

IV ひとり親家庭等医療費支給制度 (旧制度名 母子家庭等医療費支給制度)

	現行	改正後
対象者	母子家庭 } 児童は3歳から 養育者家庭 } 18歳の年度末まで 一人暮らしの寡婦	母子家庭 } <u>児童は小学校就学後から</u> <u>父子家庭</u> } <u>18歳の年度末まで</u> 養育者家庭 } <u>〔廃止〕一人暮らしの寡婦(経過措置あり)</u>
自己負担	初診料、往診料の自己負担分相当額	<u>入院外 800円/月(限度)</u> <u>入院 500円/日(月7日限度)</u>

☆各制度の所得制限により対象とならない方もいます。

☆自己負担については、いずれも1医療機関ごとに自己負担となります。

☆ただし、これらの制度は各市町村が実施している制度であるため、市町村によって制度内容(対象者及び自己負担等)や実施日が異なる場合があります。

《各市町村の実施状況は別紙2をご参照ください。》

V 自己負担について（各制度共通事項）

(1) 入院・入院外ともそれぞれ1医療機関ごとに各制度毎（上記Ⅱ～Ⅳ）に定める自己負担限度額まで自己負担する。

※一部市町村においては、自己負担限度額が異なる場合がありますのでご留意願います。

(2) 同一医療機関の解釈

- ・旧総合病院で診療科が異なる場合であっても同一医療機関とする。
- ・医科と歯科を併設する医療機関にあつては、医科と歯科は別々の医療機関とする。
- ・同じ月内に同一医療機関で入院と通院があった場合も、それぞれで自己負担とする（※1）
- ・入院中に転院した場合、それぞれの医療機関ごとに入院日数の上限までの負担とする（※2）

※1 例) 乳幼児医療: 10月にA病院で入院と通院があった場合		※2 例) 乳幼児医療: 10月にA病院とB病院に入院した場合	
10/1	10/20	10/1	10/31
A 病院		A 病院	B 病院
医療機関 入・通院 自己負担	入院 500円×7日(3,500円)	入院 500円×7日(3,500円)	入院 500円×7日(3,500円)
通院 月600円まで負担		入院 500円×7日(3,500円)	
合計 4,100 円		合計 7,000 円	

(3) 治療用装具については、入通院に付随するものであるため自己負担は徴収しない。

(4) 薬局については、これまでどおり自己負担は徴収しない

○自己負担額の計算方法

① 受診の際の医療機関での窓口負担は10円単位（10円未満を四捨五入）とする。

② 通院において初回の受診で月限度額に満たない場合は、その満たない額を自己負担する。
2回目以降は、月限度額と既に自己負担した額との差額の範囲内で自己負担する。

(例) 乳幼児医療（600円/月限度）の例：同一医療機関で同一月内に4回通院した場合

	1回目	2回目	3回目	4回目
総医療費	1,010 円	890 円	2,220 円	980 円
総医療費×2割	202 円	178 円	444 円	196 円
	↓	↓	↓	↓
受給者負担額 (累計額)	200 円 (200 円)	180 円 (380 円)	220 円 (600 円)	0 円 (600 円)

※診療報酬明細書の記載方法は別紙4参照

VI 医療証について

改正に伴い、平成20年10月より各制度の医療証を変更します。

(1) 各制度共通事項

① 定額制自己負担の導入に伴い自己負担額を記載していますので、必ずご確認の上、徴収願います。

② 医療証の色は下表のとおり

③平成20年10月以降は、別紙2に記載している市町村の自己負担額と異なる場合は使用できませんので、必ず医療証の確認をお願いします。

※別紙2の自己負担額と異なる医療証を提示された場合は、市町村へご連絡下さい。

④「重度障害者医療」と「ひとり親家庭等医療」のそれぞれの医療証の交付を受けている場合があります。なお、制度毎に自己負担額が異なります（※改正概要（別紙1）参照）ので、請求の際は、ご本人に有益な制度での請求となります。

※同一レセプト内での「重度障害者医療」と「ひとり親家庭等医療」の併用請求はできません。

⑤ 他の公費負担医療との関係

これまでどおり、自立支援医療（更正医療・育成医療・精神通院医療）等の他の公費負担医療の適用が有る場合は、乳幼児、重度障害者及びひとり親家庭等医療費支給制度は使用できません。→市町村窓口での払い戻しとなります。

⑥ 特定疾病療養受領証保持者（長）該当者の取扱い

これまでどおり、特定疾病療養受領証により自己負担が1万円（又は2万円）となる方については、特定疾病療養受領証保持者の自己負担相当額申請書による請求となりますが、この場合、各制度毎の自己負担限度額までは（改正概要（別紙1）参照）は本人負担となりますので、請求金額から控除して請求してください。

【医療証の色】

	乳幼児	重度障害者		ひとり親家庭等	
		65歳未満	65歳以上	母子等	一人暮らしの寡婦
～H20. 9	ラベンダー	白色	ブルー	黄色	黄色
H20. 10～	ラベンダー	ブルー	白色	オレンジ	緑色

※ 一部の市町村については、上記と異なります。

(2) 乳幼児医療費支給制度

乳幼児医療費支給制度においては、原則として自己負担が「ある場合」と「ない場合」で医療証を分けて交付しますが、一部市町村については下記のように就学前までを1枚の医療証で交付する場合がありますので、お取り扱いにご留意願います。

《参考例》

福岡県乳幼児医療証	
乳	医療証
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
負担者番号	8 1 4 0
受給者番号	
受給所	
給氏名	男・女
生年月日	平成 年 月 日
一部自己負担金	平成〇〇年〇〇月〇〇日まで 入院・入院外 徴収しない 平成〇〇年〇〇月〇〇日以降 入院 1日当たり500円(月7日限度) 入院外 1日当たり600円を限度 ※上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。
発行機関名及び印	福岡県
交付年月日	平成 年 月 日

重度障害者、ひとり親家庭等医療についても同様

【一部自己負担金】欄

一部の市町村において、記載が異なる場合がありますので、必ず医療証をご確認ください。

※裏面に記載の場合あり。

(3) 重度障害者医療費支給制度

重度障害者医療費支給制度においては、①低所得者の入院に係る自己負担の軽減（「Ⅶ」参照）及び②精神障害者の精神病床への入院の費用は助成対象外（「Ⅷ」参照）と取扱うこととしており、下記参考例のように医療証に記載がありますので、ご確認の上、お取り扱いにご留意願います。

《参考例》

福岡県障害者医療証	
障	医療証
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
負担者番号	8 0 4 0
受給者番号	
受住所	
給氏名	男・女
生年月日	昭・平 年 月 日
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月20日限度) ※低所得者の場合(後掲) 1日当たり300円(月20日限度) 精神病床への入院に係る費用は対象外(後掲) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外ともに自己負担額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。
発行機関名及び	福岡県
交付年月日	平成 年 月 日

(裏面注7) 65歳未満用

7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「C」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。

※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。

(裏面注7) 65歳以上用

7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。

※提示忘れの場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。

(裏面注8) 精神障害者のみ

8. 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。

※入院以外の医療費については、対象となります。

※平成20年10月以降：65歳未満「ブルー」、65歳以上「白色」

⇒政令市は異なります。

(4) ひとり親家庭等医療費支給制度

現行制度(母子家庭等医療費支給制度)において対象としている一人暮らしの寡婦については、平成22年9月末日までの間に段階的に自己負担額を引き上げ、平成22年10月以降は助成対象外となります。(※下図参照)

《参考例》

福岡県ひとり親家庭等医療証	
親	医療証
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
負担者番号	9 0 4 0
受給者番号	
受住所	福岡県
給氏名	男・女
生年月日	昭・平 年 月 日
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月7日限度) 入院外 1月当たり800円を限度 ※上記全額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。
発行機関名及び	福岡県
交付年月日	平成 年 月 日

【一人暮らしの寡婦一経過措置】

期間	入通別	通院	入院
H20.10.1~H21.9.30		1,000円/月	12,000円/月
H21.10.1~H22.9.30		2,000円/月	24,000円/月

※いずれも1医療機関ごとに自己負担

※この取扱いの対象者は「緑色」の医療証の交付を受けています。

VII 重度障害者医療費支給制度に係る低所得の取扱い

低所得者については、入院の日額の軽減を図ります。(日額500円→日額300円)

以下に掲げる証を医療機関窓口に提示した場合に低所得の適用を行ってください。

なお、「適用日」は以下に掲げる証が医療保険制度において適用される日からとなります。

《65歳未満》「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」

⇒適用区分:「C」、「低所得」、後期高齢者医療は「区分Ⅰ」、「区分Ⅱ」

《65歳以上》「限度額適用・標準負担額減額認定証」

※なお、提示忘れや「標準負担額減額認定証」のみの場合は、低所得の適用はできません。

→この場合、差額については市町村での現金給付（償還払い）となります。

医療証の記載については上記VI(3)の参考例をご参照ください。

VIII 重度障害者医療費支給制度に係る精神障害者の精神病床への入院の助成対象外の取扱い

平成 20 年 10 月から新たに精神障害者(精神障害者保健福祉手帳 1 級)への助成を行います。

この精神障害者への助成の取扱いについては、以下のとおりとなります。

この取扱いの対象者は「一部自己負担金」欄に精神病床への入院に係る費用は助成対象外
があります。

医療証の記載については上記VI(3)の参考例をご参照ください。

《精神障害者に係る取扱い》・・・※具体的ケースは別添参照

① 精神病床への入院の取扱い

ア) 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は助成の対象となりません。

イ) 上記ア以外の医療費は助成の対象となります。

例) 退院後の通院、入院中に他医療機関に受診した場合の通院

② 同一医療機関内で転床（精神病床 ⇄ 精神病床以外の病床）した場合の取扱い

ウ) 転床した月は助成の対象となりません。

*精神病床への入院とは、以下の入院料を算定する場合をいう。

- ・精神病棟入院基本料(特別入院基本料含む)
- ・精神科救急入院料 1・2
- ・精神科救急・合併症入院料
- ・認知症病棟入院料 1・2
- ・特定機能病院入院基本料(精神病棟)
- ・精神科急性期治療病棟入院料 1・2
- ・精神療養病棟入院料

※レセプト請求について【医保分のみ】

重度障害者医療費支給制度の受給者（公費番号８０で請求する全受給者）について、上記の入院料を算定した場合は、レセプト下部の余白（別紙４記載例参照）に「精入有」の表記をお願いします。

手書きでもゴム印でも可

※レセプト下部

乳 障 親 負担者番号	4 0	乳 障 親 受給者番号
----------------	-----	----------------

精入有

乳 障 親 給付外の額	
----------------	--

精神障害者に係る精神病床への入院の取扱いについて(具体例)

【ケース1】 精神病床以外へ入院した場合

		助成
医療機関	A 病院	○
病床種別	精神病床以外の病床へ入院	
障害者医療費助成	○	

【ケース2】 精神病床へ入院した場合

		助成
医療機関	A 病院	×
病床種別	精神病床への入院	
障害者医療費助成	×	

【ケース3】 同一月にA病院の精神病床からA病院の精神病床以外の病床へ転床した場合

		助成
医療機関	A 病院	転床月 翌月
病床種別	精神病床への入院	精神病床以外の病床へ入院
障害者医療費助成	×	○

【ケース4】 同一月にA病院の精神病床以外の病床からA病院の精神病床へ転床した場合

		助成
医療機関	A 病院	転床月 翌月
病床種別	精神病床以外の病床へ入院	精神病床への入院
障害者医療費助成	×	×

【ケース5】 A病院の精神病床へ入院していたが、B病院の精神病床へ転院した場合

		助成
医療機関	A 病院	B 病院
病床種別	精神病床への入院	精神病床への入院
障害者医療費助成	×	×

【ケース6】 A病院の精神病床へ入院していたが、B病院の精神病床以外の病床へ転院した場合

		助成
医療機関	A 病院	B 病院
病床種別	精神病床への入院	精神病床以外の病床へ入院
障害者医療費助成	×	○

【ケース7】 A病院の精神病床以外の病床へ入院していたが、B病院の精神病床へ転院した場合

		助成
医療機関	A 病院	B 病院
病床種別	精神病床以外の病床へ入院	精神病床への入院
障害者医療費助成	○	×

★ここでいう精神病床とは、医科診療報酬に規定されている以下の入院料等を算定する場合をいう。

- 精神病棟入院基本料(特別入院基本料含む)
- 特定機能病院入院基本料(精神病棟)
- 精神科救急入院料1・2
- 精神科急性期治療病棟入院料1・2
- 精神科救急・合併症入院料
- 精神療養病棟入院料
- 認知症病棟入院料1・2

《H20 診療報酬改正》

★この取扱いの適用を受ける者は、障害者医療証の「一部自己負担金」欄に

「精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8)」があります。

乳幼児医療費支給制度にかかる市町村改正状況

平成20年10月1日実施

地域	医師会名	市町村名	助成対象					自己負担			所得制限				備考	
			3歳未満	5歳未満	就学前	小学3年	中学3年	3歳未満 自己負担なし	3歳以上 自己負担あり 通院600円(上限)／月 入院500円／日(月7日限度)	3歳以上 自己負担なし	3歳未満 所得制限なし	所得制限あり 児童手当 準拠	所得制限あり 特別児童扶養 手当準拠	3歳以上 所得制限 なし		
北九州地域	北九州市	北九州市			●			●		●			● (3歳未満含む)		未定	
	京都	行橋市			●			●		●		●				
	豊前築上	豊前市			●			●		●		●				
	遠賀中間	中間市			●			●		●				●		
		遠賀郡	芦屋町			●			●		●				●	
			水巻町			●			●	●		●				
			岡垣町			●			●		●	●				
	京都	遠賀町			●			●		●				●		
		苅田町					●	●		●				●		
	豊前築上	みやこ町			●			●	●		●	●				
吉富町				●			●		●				●	予定		
築上郡		上毛町			●			●		●	●					
		築上町			●			●		●	●					
福岡地域	福岡市	福岡市			●			●		●				●	未定	
	筑紫	筑紫野市			●			●	●		●			●		
		春日市			●			●	●		●			●	H21.4より所得制限導入	
		大野城市			●			●	●		●			●		
	宗像	宗像市			●			●		●			●			
	筑紫	太宰府市			●			●		●			●			
	糸島	前原市			●			●	●(4歳以上)	●(4歳未満)	●			●		
	粕屋	古賀市			●			●		●			●			
	宗像	福津市			●			●		●			●			
	甘木朝倉	朝倉市			●			●		●			●			
	筑紫	那珂川町			●			●		●			●			
		粕屋	宇美町			●			●	●		●			●	
	篠栗町				●			●	●		●			●		
	志免町				●			●	●		●			●		
	須恵町				●			●	●		●			●		
	新宮町				●			●	●		●			●		
	久山町				●			●	●		●			●		
	甘木朝倉	粕屋町			●			●	●		●			●		
		朝倉郡	筑前町			●			●		●			●		
	糸島	東峰村			●			●	●		●			●		
糸島郡		二丈町			●			●	●		●			●		
		志摩町			●			●	●		●			●		
筑豊地域	直方鞍手	直方市			●			●	●(4歳以上)	●(4歳未満)	●			●		
	飯塚	飯塚市			●			●		●			●			
	田川	田川市			●			●	●		●					
	直方鞍手	宮若市			●			●		●			●			
	飯塚	嘉麻市			●			●		●			●			
	直方鞍手	鞍手郡	小竹町			●			●		●			●		
	飯塚	鞍手町			●			●	●(5歳以上)	●(5歳未満)	●	●(5歳以上)		●(5歳未満)	予定	
		嘉穂郡	桂川町			●			●		●			●		
	田川	田川郡	香春町			●			●		●	●				
			添田町			●			●		●	●				
			糸田町			●			●		●	●				
			川崎町			●			●		●	●			予定	
			大任町			●			●		●	●				
			赤村			●			●		●	●				
筑後地域	大牟田	大牟田市			●			●	●		●			●		
		久留米市			●			●	●		●			●		
	柳川山門	柳川市			●			●	●		●	●				
	八女筑後	八女市			●			●		●			●			
		筑後市			●			●	△	○	●	●				
	大川三雅	大川市			●			●	●		●	●				
	小郡三井	小郡市			●			●	●		●	●				
	浮羽郡	うきは市			●			●	●		●	●				
	柳川山門	みやま市			●			●	●		●	●				
	小郡三井	三井郡	大刀洗町			●			●		●	●				
	大川三雅	三雅郡	大木町			●			●	●		●	●			
		八女筑後	八女郡	黒木町			●			●		●	●			
	立花町					●			●		●			●		
	広川町					●	○(償還払い)		●		●			●		
	矢部村					●			●	●		●	●			
			星野村			●			●	●		●	●			

● 入・通院とも ○ 入院のみ △ 通院のみ ※自己負担はいずれも1医療機関毎に負担
 ※北九州市・福岡市は未定(当面、現行制度継続)、鞍手町・川崎町・吉富町は予定

重度障害者医療費支給制度にかかる市町村改正状況

平成20年10月1日実施

地域	医師会名	市町村名	助成対象				自己負担			所得制限				
							自己負担あり		自己負担なし	所得制限あり 特別障害者 手当等	所得制限あり 特別児童扶養 手当等	所得制限なし	備 考	
			定額制 通院500円(上限)／月 入院500円／日(月20日限度) (低所得:入院300円／日)	入院:月10日限度に 軽減	初診料・往診料の 自己負担分相当 額									
北九州地域	北九州市	北九州市	●	●	●				●		●		未定 ※15歳未満1万円、600円まで 自己負担	
	京都	行橋市	●	●	●	●	●			●				
	豊前築上	豊前市	●	●	●	●	●			●				
	遠賀中間	中間市	●	●	●	●	●			●				
		芦屋町	●	●	●	●	●			●				
		水巻町	●	●	●	●	●			●				
		岡垣町	●	●	●	●	●			●				
	京都	遠賀町	●	●	●	●	●			●				
		刈田町	●	●	●	●	●			●				
		みやこ町	●	●	●	●	●			●				
豊前築上	築上郡	吉富町	●	●	●			●				未定		
	上毛町	●	●	●	●	●			●			※身障手帳3級まで対象		
	築上町	●	●	●	●	●			●			未定		
福岡地域	福岡市	福岡市	●	●	●				●	●				
	筑紫	筑紫野市	●	●	●	●	●				●		H22.7より所得制限導入	
		春日市	●	●	●	●	●			●				
		大野城市	●	●	●	●	●					●	H22.7より所得制限導入	
	宗像	宗像市	●	●	●	●	●					●		
	筑紫	太宰府市	●	●	●	●	●			●				
	糸島	前原市	●	●	●	●		●		●				
	粕屋	古賀市	●	●	●	●	●					●		
	宗像	福津市	●	●	●	●	●					●		
	甘木朝倉	朝倉市	●	●	●	●	●			●				
	筑紫	筑紫郡	那珂川町	●	●	●	●	●				●	H22.7より所得制限導入	
	粕屋	粕屋郡	宇美町	●	●	●	●	●					●	
			篠栗町	●	●	●	●		●				●	
			志免町	●	●	●	●		●				●	予定
			須恵町	●	●	●	●	●					●	
			新宮町	●	●	●	●	△			○		●	
			久山町	●	●	●	●	●					●	
			粕屋町	●	●	●	●	●					●	
	甘木朝倉	朝倉郡	筑前町	●	●	●	●	●			●			
		東峰村	●	●	●	●	●			●				
糸島	糸島郡	二丈町	●	●	●	●		●		●				
	志摩町	●	●	●	●		●		●					
筑後地域	直方鞍手	直方市	●	●	●	●		●			●			
	飯塚	飯塚市	●	●	●	●			●	●				
	田川	田川市	●	●	●		●(65歳未満)			●(65歳以上のみ)		●		
	直方鞍手	宮若市	●	●	●	●	●(65歳未満)							
	飯塚	嘉麻市	●	●	●	●	●		●	●				
	直方鞍手	鞍手郡	小竹町	●	●	●	●	●				●		
			鞍手町	●	●	●	●	●(65歳未満) △(65歳以上)	○(65歳以上のみ)		●			予定
	飯塚	嘉穂郡	桂川町	●	●	●	●	●		●	●			
	田川	田川郡	香春町	●	●	●	●	●			●			
			添田町	●	●	●	●	●			●			
			糸田町	●	●	●	●	●			●			
			川崎町	●	●	●	●	●			●			予定
			大任町	●	●	●	●	●			●			
			赤村	●	●	●	●	●			●			
			福智町	●	●	●	●	●			●			
	筑後地域	大牟田	大牟田市	●	●	●	●	●				●		
久留米		久留米市	●	●	●	●		●				●		
柳川山門		柳川市	●	●	●	●	●(65歳未満) ○(65歳以上)			△(65歳以上のみ)	●			
八女筑後		八女市	●	●	●	●	●				●			
		筑後市	●	●	●	●	●				●			
大川三瀬		大川市	●	●	●	●	●(65歳未満) ○(65歳以上)			△(65歳以上のみ)	●			
小郡三井		小郡市	●	●	●	●	●				●			
浮羽郡		うきは市	●	●	●	●	●				●			
柳川山門		みやま市	●	●	●	●	●				●			
小郡三井		三井郡	大刀洗町	●	●	●	●	●			●			
大川三瀬		三瀬郡	大木町	●	●	●	●	●			●			
八女筑後		八女郡	黒木町	●	●	●	●	●				●		
			立花町	●	●	●	●	●				●		
			広川町	●	●	●	●	●				●		
			矢部村	●	●	●	●	●				●		
			星野村	●	●	●	●	●				●		

● 入・通院とも ○ 入院のみ △ 通院のみ ※自己負担はいずれも1医療機関毎に負担
 ※北九州市・福岡市は未定(当面、現行制度継続)、吉富町は未定、志免町、鞍手町、川崎町は予定

ひとり親家庭等医療費支給制度にかかる市町村改正状況

平成20年10月1日実施

地域	医師会名	市町村名	助成対象				自己負担		所得制限あり	備 考
			母子家庭	父子家庭	養育者家庭	一人暮らしの寡婦	定額制 通院800円(上限)／月 入院500円／日(月7日限度)	初診料・往診料の 自己負担分相当額		
北九州地域	北九州市	北九州市	●		●	●		●	●	未定 (*)訪問看護1割8,000円まで自己負担
	京都	行橋市	●	●	●	△	●		●	
	豊前築上	豊前市	●	●	●	△	●		●	
	遠賀中間	中間市	●	●	●	△	●		●	
		遠賀郡 芦屋町	●	●	●	△	●		●	
		遠賀郡 水巻町	●	●	●	△	●		●	
		遠賀郡 岡垣町	●	●	●	△	●		●	
	京都	京都郡 遠賀町	●	●	●	△	●		●	
		京都郡 刈田町	●	●	●	△	●		●	
		京都郡 みやこ町	●	●	●	△	●		●	
	豊前築上	築上郡 吉富町	●		●	●		●	●	未定
		築上郡 上毛町	●	●	●	△	●		●	
		築上郡 築上町	●	●	●	△	●		●	
福岡地域	福岡市	福岡市	●		●	●		●	●	未定
	筑紫	筑紫野市	●	●	●	△	●		●	
		春日市	●	●	●	△	●		●	
		大野城市	●	●	●	△	●		●	
	宗像	宗像市	●	●	●	△	●		●	
	筑紫	太宰府市	●	●	●	△	●		●	
	糸島	前原市	●	●	●	△	●		●	
	粕屋	古賀市	●	●	●	△	●		●	
	宗像	福津市	●	●	●	△	●		●	
	甘木朝倉	朝倉市	●	●	●	△	●		●	
	筑紫	筑紫郡 那珂川町	●	●	●	△	●		●	
		宇美町	●	●	●		●		●	
	粕屋	糟屋郡 篠栗町	●	●	●		●		●	
		糟屋郡 志免町	●	●	●		●		●	
		糟屋郡 須恵町	●	●	●		●		●	
		糟屋郡 新宮町	●	●	●		●		●	
		糟屋郡 久山町	●	●	●		●		●	
		粕屋町	●	●	●		●		●	
	甘木朝倉	朝倉郡 筑前町	●	●	●	△	●		●	
		朝倉郡 東峰村	●	●	●	△	●		●	
	糸島	糸島郡 二丈町	●	●	●		●		●	
		糸島郡 志摩町	●	●	●		●		●	
筑豊地域	直方鞍手	直方市	●	●	●	△	●		●	
	飯塚	飯塚市	●	●	●	△	●		●	
	田川	田川市	●	●	●	△	●		●	
	直方鞍手	宮若市	●		●	●		●	●	未定
	飯塚	嘉麻市	●	●	●	△	●		●	
	直方鞍手	鞍手郡 小竹町	●	●	●	△	●		●	
		鞍手郡 鞍手町	●	●	●	△	●		●	
	飯塚	嘉穂郡 桂川町	●	●	●	△	●		●	
		香春町	●	●	●	△	●		●	
	田川	田川郡 添田町	●	●	●	△	●		●	
		田川郡 糸田町	●	●	●	△	●		●	
		田川郡 川崎町	●	●	●	△	●		●	予定
		大任町	●	●	●	△	●		●	
		赤村	●	●	●	△	●		●	
		福智町	●	●	●	△	●		●	
筑後地域	大牟田	大牟田市	●	●	●	△	●		●	
	久留米	久留米市	●	●	●	△	●		●	
	柳川山門	柳川市	●	●	●	△	●		●	
	八女筑後	八女市	●	●	●	△	●		●	
		筑後市	●	●	●	△	●		●	
	大川三潁	大川市	●	●	●	△	●		●	
	小郡三井	小郡市	●	●	●	△	●		●	
	浮羽郡	うきは市	●	●	●	△	●		●	
	柳川山門	みやま市	●	●	●	△	●		●	
	小郡三井	三井郡 大刀洗町	●	●	●	△	●		●	
	大川三潁	三潁郡 大木町	●	●	●	△	●		●	
		三潁郡 黒木町	●	●	●	△	●		●	
		三潁郡 立花町	●	●	●	△	●		●	
		三潁郡 広川町	●	●	●	△	●		●	
		八女郡 矢部村	●	●	●	△	●		●	
		八女郡 星野村	●	●	●	△	●		●	

● 入・通院とも △ 助成廃止(H22.9まで経過措置あり)

※自己負担はいずれも1医療機関毎に負担

※北九州市・福岡市は未定(当面、現行制度継続)、宮若市・吉富町は未定、川崎町は予定

福岡県公費医療費支給制度に係る請求書等様式（医保分）

①乳障親医療費請求書

②診療報酬明細書

～ 今回の制度改正に伴う様式の変更について ～

①請求書

- ・様式中「乳障母医療費請求書」を「乳障親医療費請求書」に変更
- ・様式中「㊟母子」を「㊟ひとり親」に変更
- ・様式中「乳・障・母医療費給付外点数」を
「乳・障・親医療費給付外の額」に変更

②診療報酬明細書

- ・様式中「乳障母」を「乳障親」に変更
- ・複写部分の「初診料等助成対象外欄」を削除
- ・複写部分の「乳障母給付外点数」を「乳障親給付外の額」に変更

【変更前】初診料・往診料の点数を給付外点数欄に記載

【変更後】助成対象外となる金額を給付外の金額欄に記載

平成 年 月 分 乳障親医療費請求書

4 0

殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

印

	保 険 給 付 別	件 数	診 療 実 日 数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑤ 乳 幼 児	7 割	請 求					
		*決 定					
	8 割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					

	保 険 給 付 別	件 数	診 療 実 日 数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑥ 障 害 者	7 割	請 求					
		*決 定					
	8 割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					

	保 険 給 付 別	件 数	診 療 実 日 数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑨ ひ と り 親	7 割	請 求					
		*決 定					
	8 割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

(医科入院外)

平成 年 月分 40

給付割合	10	9	8
	7	()	

被保険者証・被保険者手帳
等の記号・番号

保険医療機関
の所在地及び
名 称

(床)

[illegible]

氏 名				特 記 事 項
	1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平	生		
職路上の事由	1 職路上	2 下船後3月以内	3 通勤災害	

[illegible]

⑪	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
⑫	再 診	×	回		
⑬	外来管理加算	×	回		
⑭	時間外	×	回		
⑮	休日	×	回		
⑯	深夜	×	回		
⑰	医学管理				
⑱	往 診		回		
⑲	夜 間		回		
⑳	深夜・緊急		回		
㉑	在宅患者訪問診療		回		
㉒	その他の				
㉓	在宅薬 剤				
㉔	① 内服	薬剤 調剤	×	単位 回	
㉕	② 屯服	薬剤		単位	
㉖	③ 外用	薬剤 調剤	×	単位 回	
㉗	④ 処	方	×	回	
㉘	⑤ 麻	毒		回	
㉙	⑥ 調	基			
㉚	① 皮下筋肉内			回	
㉛	② 静 脈 内			回	
㉜	③ そ の 他			回	
㉝	④ 処置			回	
㉞	⑤ 麻酔	薬 剤		回	
㉟	⑥ 検査			回	
㊱	⑦ 診断	薬 剤		回	
㊲	⑧ その他	処 方 せ ん		回	
㊳	⑨	薬 剤			

保險 公費① 公費②	請 求 点	※ 決 定 点	一 部 負 担 金 額 円	
	点	※ 点	補 償 額 (円) 免 除・支 払 額 円	
	点	※ 点	円	※ 高 額 取 扱 費 円 ※ 公 費 負 担 点 数 点 ※ 公 費 負 担 点 数 点

乳障親

診療報酬明細書

(医科入院外)

平成

年

月分

40

都道府県番号

医療機関コード

1 医科	1 社 2 公費	3 後 4 退職	1 単 2 併 3 併	2 本 4 六 6 家	外 外 外 外 外	8 高 0 高 外 外
---------	-------------------	-------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------	----------------------------

保険者 番号						10 9 8 7 (
-----------	--	--	--	--	--	---------------

被保険者証・被保険者手帳
等の記号・番号

氏 名	1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 生	特 記 事 項
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険医
療機関
の所在
地及び
名称

傷 病 名	(1)	診 療 開 始 日	(1)	年	月	日
	(2)		(2)	年	月	日
	(3)		(3)	年	月	日

診 療 実 日 数	保 険	日

医 保

国保連合会提出分

合 計	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円 結算 割(門)免除・支払額等
--------	-------------	---------------	----------------------------

★ 乳 障 親 負担者番号	4 0	乳 障 親 受給者番号	
------------------	-----	----------------	--

乳 障 親 給付外の額	
----------------	--

診療報酬明細書
(医科入院)

都道府 医療機関コード
県番号

平成 年 月 分

1	1 社・国	3 後 期	1 単独	1 本入	7 高入一
医科	2 公 費	4 退 職	2 2 併	3 六 入	9 高入一
			3 3 併	5 家 入	9 高入7

公費負担者番号①						公費負担医療の受給者番号①					
公費負担者番号②						公費負担医療の受給者番号②					

保険者番号						給付割合	10 9 8
							7 ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
---------------------	--

区分	精神	結核	療養	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生			
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	(1)	年	月	日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	保険公費①公費②	日
					(2)	年	月	日							日
					(3)	年	月	日							日

1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点数
1 3	医学管理				
1 4	在 宅				
2 0	2 1 内	服	単位		
投	2 2 屯	服	単位		
薬	2 3 外	用	単位		
	2 4 調	剂	日		
	2 6 麻	毒	日		
	2 7 調	基			
3 0	3 1 皮 下	肉 内	回		
注 射	3 2 静 脈	内	回		
	3 3 そ の 他		回		
4 0	処 置		回		
5 0	手 術 麻 酔		回		
6 0	検 査 理		回		
7 0	画 診 像 断		回		
8 0	そ の 他				
9 0	入 院	入院年月日 年 月 日			
	病 診	90 入院基本料・加算	点		
		×	日間		
		×	日間		
		×	日間		
		×	日間		
		×	日間		
		92 特定入院料・その他			

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
9 7 基準	円× 回	※公費負担点数	点
食 事 特別	円× 回	基準(生)	円× 回
生 活 食堂	円× 日	特別(生)	円× 回
	円× 日	減・免・猶・I・II・3月超	

療 養 給 付	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額 円	保 險 給 付 円	回 請 求 円	※ 決 定 円	(標準負担額)円
公費①	点	※	点	減額 割(円)免除・支払猶予	回	円	円
公費②	点	※	点	食 事 ・ 生 活 療 養 費	回	円	円

乳 障 親

診療報酬明細書
(医科入院)

平成 年 月 分

都道府
県番号
40

医療機関コード

1 医 科	1 社・国 2 公 費	3 後 期 4 退 職	1 単 独 2 2 併 3 3 併	1 本 入 3 六 入 5 家 入	7 高入一 9 高入7
給付割合				10 9 8 7 ()	

被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号

区分	精神 結核 療養	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険医
療機関
の所在
地及び
名 称

傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
-----	-------------------	-------	-------------------------------------

保険 診療 実日数	日
-----------------	---

医 保

国保連合会提出分

療養保険の給付	請求点※決定点	負担金額 円	減額 割(円)免除・支払猶予	保険 回	請求円※決定円	(標準負担額)円
食事・生活療養						

乳 障 親 負担者番号	4 0	乳 障 親 受給者番号	
----------------	-----	----------------	--

乳 障 親 給付外の 額	円
--------------------	---

福岡県公費医療費支給制度に係る診療報酬明細書等
記載方法の変更について

【医科用】

福岡県福祉労働部障害者福祉課・児童家庭課
福岡県国民健康保険団体連合会

平成20年10月

(入院外の場合)

現 行																																																					
○ 診療報酬明細書 (原料入院外) 平成 20 年 9 月 分 市町村 国保連合会 市町村 国保連合会 市町村 国保連合会																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>公費負担者氏名</td> <td colspan="9">公費負担者氏名</td> </tr> <tr> <td>公費負担者住所</td> <td colspan="9">公費負担者住所</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1	公費負担者氏名	公費負担者氏名									公費負担者住所	公費負担者住所									保険者	4	0	0	0	1	0	番号						
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1																																												
公費負担者氏名	公費負担者氏名																																																				
公費負担者住所	公費負担者住所																																																				
保険者	4	0	0	0	1	0																																															
番号																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>公費負担者氏名</td> <td colspan="9">公費負担者氏名</td> </tr> <tr> <td>公費負担者住所</td> <td colspan="9">公費負担者住所</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1	公費負担者氏名	公費負担者氏名									公費負担者住所	公費負担者住所									保険者	4	0	0	0	1	0	番号						
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1																																												
公費負担者氏名	公費負担者氏名																																																				
公費負担者住所	公費負担者住所																																																				
保険者	4	0	0	0	1	0																																															
番号																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>公費負担者氏名</td> <td colspan="9">公費負担者氏名</td> </tr> <tr> <td>公費負担者住所</td> <td colspan="9">公費負担者住所</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1	公費負担者氏名	公費負担者氏名									公費負担者住所	公費負担者住所									保険者	4	0	0	0	1	0	番号						
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1																																												
公費負担者氏名	公費負担者氏名																																																				
公費負担者住所	公費負担者住所																																																				
保険者	4	0	0	0	1	0																																															
番号																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>公費負担者氏名</td> <td colspan="9">公費負担者氏名</td> </tr> <tr> <td>公費負担者住所</td> <td colspan="9">公費負担者住所</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1	公費負担者氏名	公費負担者氏名									公費負担者住所	公費負担者住所									保険者	4	0	0	0	1	0	番号						
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1																																												
公費負担者氏名	公費負担者氏名																																																				
公費負担者住所	公費負担者住所																																																				
保険者	4	0	0	0	1	0																																															
番号																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>公費負担者氏名</td> <td colspan="9">公費負担者氏名</td> </tr> <tr> <td>公費負担者住所</td> <td colspan="9">公費負担者住所</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1	公費負担者氏名	公費負担者氏名									公費負担者住所	公費負担者住所									保険者	4	0	0	0	1	0	番号						
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1																																												
公費負担者氏名	公費負担者氏名																																																				
公費負担者住所	公費負担者住所																																																				
保険者	4	0	0	0	1	0																																															
番号																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>公費負担者氏名</td> <td colspan="9">公費負担者氏名</td> </tr> <tr> <td>公費負担者住所</td> <td colspan="9">公費負担者住所</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1	公費負担者氏名	公費負担者氏名									公費負担者住所	公費負担者住所									保険者	4	0	0	0	1	0	番号						
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1																																												
公費負担者氏名	公費負担者氏名																																																				
公費負担者住所	公費負担者住所																																																				
保険者	4	0	0	0	1	0																																															
番号																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>公費負担者氏名</td> <td colspan="9">公費負担者氏名</td> </tr> <tr> <td>公費負担者住所</td> <td colspan="9">公費負担者住所</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1	公費負担者氏名	公費負担者氏名									公費負担者住所	公費負担者住所									保険者	4	0	0	0	1	0	番号						
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1																																												
公費負担者氏名	公費負担者氏名																																																				
公費負担者住所	公費負担者住所																																																				
保険者	4	0	0	0	1	0																																															
番号																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>公費負担者氏名</td> <td colspan="9">公費負担者氏名</td> </tr> <tr> <td>公費負担者住所</td> <td colspan="9">公費負担者住所</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1	公費負担者氏名	公費負担者氏名									公費負担者住所	公費負担者住所									保険者	4	0	0	0	1	0	番号						
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	1																																												
公費負担者氏名	公費負担者氏名																																																				
公費負担者住所	公費負担者住所																																																				
保険者	4	0	0	0	1	0																																															
番号																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">3</td> </tr></table>										公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3																																			
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3																																													

※注) 重度障害者・ひとり親家庭等医療についても、同様の記載になります。

變更

[illegible]

☆注☆ 総医療費×自己負担割合（１～３割）≤各制度の自己負担限度額
 以下の場合、請求できません。（併用ではなく単独レセプトにて請求下さい。）
 例）乳幼児の場合：２７２点×１０円×２割＝５４４円≤６００円（窓口負担上限）

医 保 分

(入院外の場合)

現 行

診療報酬明細書 (医科入院外) 平成 20 年 9 月 分 40		111.111.1															
保 険 者 番 号		7 5 7 4															
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号																	
氏 名	医 保 次 郎	特記事項	福岡市博多区東公園 〇 〇 病 院														
名 (1) 2女	1男 2大 3男 4平	生															
職務上の事由	1職務 2下船後3月以内 3通勤災害																
傷病名	(1) 年 3 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	保険	3 日														
乳幼児医療の例																	
① 初 診 時間外・休日・深夜 1回 273 点																	
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">④ 医学管理</th> </tr> <tr> <td>住 診</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>夜 間</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>深夜・緊急</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>在宅通病訪問診療</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>宅 差 割</td> <td>回</td> </tr> </table>				④ 医学管理		住 診	回	夜 間	回	深夜・緊急	回	在宅通病訪問診療	回	その他	回	宅 差 割	回
④ 医学管理																	
住 診	回																
夜 間	回																
深夜・緊急	回																
在宅通病訪問診療	回																
その他	回																
宅 差 割	回																
国保連合会提出分																	
助成対象外となる初診料・往診料の点数を記載																	
合計 保険	1,000	一部負担金額 円															
乳障親 負担者番号	8 1 4 0 0 0 1 3	乳障親 受給者番号	1 1 1 1 1 1 1														
乳障母 給付外点数		273 点															

※重度障害者・ひとり親家庭等医療についても、同様の記載になります。

変更

改正後

診療報酬明細書 (医科入院外) 平成 20 年 10 月 分 40		111.111.1	
保 険 者 番 号		7 5 7 4	
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号			
氏 名	医 保 次 郎	特記事項	福岡市博多区東公園 〇 〇 病 院
名 (1) 2女	1男 2大 3男 4平	生	
職務上の事由	1職務 2下船後3月以内 3通勤災害		
傷病名	(1) 年 3 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	保険	3 日
複写分の初診料・往診料欄削除			
国保連合会提出分			
助成対象外となる金額を記載 (国保分参照)			
合計 保険	1,000	一部負担金額 円	
乳障親 負担者番号	8 1 4 0 0 0 1 3	乳障親 受給者番号	1 1 1 1 1 1 1
乳障親 給付外金額		600 円	

国保分・後期高齢者分

(入院の場合)

現 行

○診療報酬明細書 (原科入院)										平成20年9月分		111.111.1		40		111.111.1		40		111.111.1		40	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	公費負担者の氏名	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
公費負担者氏名											公費負担者の住所												
保険者番号										111-111111													
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号										111-111111													
氏名										福岡市博多区東公園													
住所										〇〇病院													
年齢										〇歳													
性別										〇													
入院事由										1 難病 2 下船後3月以内 3 活動障害													
病名										乳幼児医療の例													
1 初診										273 点													
1.3 医学管理																							
1.4 在宅																							
2.1 内										単独													
2.2 低										単独													
2.3 外										単独													
2.4 高										単独													
2.5 高										単独													
2.6 高										単独													
2.7 高										単独													
3.1 皮下										同													
3.2 静										同													
3.3 その他										同													
4.0 処置										同													
5.0 手術										同													
6.0 検査										同													
7.0 内診										同													
8.0 その他										同													
入院年月日										99 入院実日数・加算													
99 入院実日数・加算										10,000													
助成対象外：初診料、往診料の自己負担分相当額										546													
生活費										10,000													
食費										10,000													
衣類費										10,000													
交通費										10,000													
その他										10,000													

※注) 重度障害者・ひとり親家庭等医療についても、同様の記載になります。

変更

改正後

○診療報酬明細書 (原科入院)										平成20年10月分		111.111.1		40		111.111.1		40		111.111.1		40	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
公費負担者番号	8	1	4	0	0	0	1	3	公費負担者の氏名	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
公費負担者氏名											公費負担者の住所												
保険者番号										111-111111													
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号										111-111111													
氏名										福岡市博多区東公園													
住所										〇〇病院													
年齢										〇歳													
性別										〇													
入院事由										1 難病 2 下船後3月以内 3 活動障害													
病名										乳幼児医療の例													
1 初診										273 点													
1.3 医学管理																							
1.4 在宅																							
2.1 内										単独													
2.2 低										単独													
2.3 外										単独													
2.4 高										単独													
2.5 高										単独													
2.6 高										単独													
2.7 高										単独													
3.1 皮下										同													
3.2 静										同													
3.3 その他										同													
4.0 処置										同													
5.0 手術										同													
6.0 検査										同													
7.0 内診										同													
8.0 その他										同													
入院年月日										99 入院実日数・加算													
99 入院実日数・加算										10,000													
改正後の各制度の入院自己負担限度額										【乳幼児・ひとり親家庭等】 500円/日 (月7日限度) 【重度障害者】 500円《300円》/日 (月20日限度) ※《》・低所得													
生活費										10,000													
食費										10,000													
衣類費										10,000													
交通費										10,000													
その他										10,000													
助成対象外：入院実日数 (月7日限度) × 500 円を記載										3,500													

※改正後の各制度の入院自己負担額について

【乳幼児・ひとり親家庭等】・・・入院実日数（月 7 日限度）×500 円（1 月 3500 円限度）

【重度障害者】・・・入院実日数（月 20 日限度）×500 円（1 月 10000 円限度）

ただし、低所得者は入院実日数（月 20 日限度）×300 円（1 月 6000 円限度）

例）実日数 2 日請求点数 2250 点（自己負担割合 1 割）の場合

1 日目 2000 点（患者負担額 500 円）

2 日目 250 点（患者負担額 250 円）・・・ではなく・・・

この月の自己負担額は総医療費の 1 割（2250 円）のうち 2 日×500 円
（1000 円）となりますので、ご注意ください。

なお、この取扱いにつきましては医保分も同様です。

(入院の場合)

現 行

※重度障害者・ひとり親家庭等医療についても、同様の記載になります。

变更

- ・精神病棟入院基本料
- （特別入院基本料含む）
- ・特定機能病院入院基本料（精神病棟）
- ・精神科救急入院料 1・2
- ・精神科急性期治療病棟入院料 1・2
- ・精神科救急・合併症入院料
- ・精神療養病棟入院料
- ・認知症病棟入院料 1・2

助成対象外となる初診
料・往診料の点数を記載

国保連合会提出分

27

改正後

[illegible]複写分の初診料
欄削除

医 保

国保連合会提出分

助成対象外となる金額
を記載（国保分参照）

、精入有

2