福県医発第1348号(地)
平成２０年　９月２２日

各医師会長　殿

第891号
受
20. 9. 22
付
小郡三井医師会

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の一部改正に伴う北九州市医療費助成制度の取扱いについて（通知）

福岡県公費負担医療費支給制度の一部改正につきましては、平成２０年８月１２日付福県医発第 1103 号（地）にて既にご連絡申し上げておりますが、北九州市においては、平成２０年１０月１日の改正をせず、下記のとおり当分の間は現行の医療費助成制度にて取扱う旨、北九州市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。

記

１．　県制度の改正に伴う北九州市医療費支給制度の取扱いについて
（１）１０月１日の県制度改正以降も、現行の医療費助成制度を実施。
（２）改正時期及び改正内容については、現在検討中。
※　改正時期及び内容が決定次第、北九州市より通知がある予定ですので、改めてご連絡いたします。

２．診療報酬明細書及び乳障母医療費請求書について
県制度が患者負担定額制に移行し、負担額等の表示が点数（点）から金額（円）に変更されることに伴い、北九州市様式につきましても平成２０年１０月分診療分から金額表示に変更されます。よって、給付外点数の部分につきましては、円に修正し、金額表示でご提出いただきますようお願いいたします。

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

3．北九州市現行制度について

制度の種類	医療証の色	助成範囲
乳幼児医療	白色（赤色字）	保険診療の患者負担相当額
重度障害者医療	後期高齢者：白色（黒色字） 一般：白色（青色字）	保険診療の患者負担相当額 （訪問看護基本利用料の１割は助成対象外）
母子家庭等医療	黄色	保険診療の患者負担相当額 （初診料、往診料、訪問看護基本利用料の１割は助成対象外）

北九子子支第５７６号
平成２０年９月１２日

関係機関各位

北九州市長　北橋　健治

福岡県公費医療費支給制度の一部改正に伴う本市医療費支給制度の取扱いについて（通知）

平素より本市医療費支給制度の運営につきましては、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年10月１日から福岡県公費医療費支給制度（乳幼児、重度障害者及び母子家庭等医療）が一部改正されることに伴い、多数の県下市町村が同時期に制度の改正を行うことを決定しているところですが、本市の医療費支給制度につきましては、下記のとおり取り扱うことと致しますので、周知をお願い致します。

今後とも本市医療費支給制度の円滑な実施にご協力下さいますよう併せてお願い申し上げます。

【　県制度の改正に伴う本市医療費支給制度の取扱いについて　】

(1)　改正時期について

本市制度の改正時期につきましては、現在検討中ですので、平成20年10月１日の改正は行いません。

(2)　改正内容について

本市制度内容につきましても、現在検討中です。

※　改正時期・内容ともに決定次第通知致します。よって、当分の間は現行の医療費支給制度を実施致しますので、誤りのないようご注意下さい。

【　本市現行制度について　】

制度の種類	医療証の色	助成範囲
乳幼児医療	白色（赤色字）	保険診療の患者負担相当額
重度障害者医療	後期高齢者：白色（黒色字） 一般：白色（青色字）	保険診療の患者負担相当額 （訪問看護基本利用料の１割は助成対象外）
母子家庭等医療	黄色	保険診療の患者負担相当額 （初診料、往診料、訪問看護基本利用料の１割は助成対象外）

＊　診療報酬明細書及び乳障母医療費請求書につきましては、県制度が患者負担定額制に移行し、負担額等の表示が点数（点）から金額（円）に変更されることに伴い、平成20年10月診療分から本市様式についても金額表示に変更致します。給付外点数の部分を円に修正し、金額表示で提出するようご指導願います。（別紙参照）

《　問い合わせ先　》
北九州市子ども家庭局子育て支援課
保健福祉局障害福祉課
担当：篠原、中島（両課兼務）
TEL 093-582-2410、FAX 093-582-5145

● 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・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7

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			

医保分入院外の場合

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 ・ ・ 生	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

(床)

傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	診療実日数	保険 日

⑪ 初診　時間外・休日・深夜　回　点

⑫ 医学管理・

⑬ 在宅 住診 回 / 夜間 回 / 深夜・緊急 回

合計	請求 点	決定 点	一部負担金額 円
			減額 初(円)免除・支払猶予

医保

国保連合会提出分

助成対象外となる初診料・往診料の金額を記載（点を円に修正）…現行では母子家庭等医療制度のみ

G3

★ 乳障母 負担者番号	4 0	乳障母 受給者番号	乳障母 給付外点数 点

★印欄以下の記入についても必ずお願いします。

1	3	8
医科	歯科	医保

平成　　年　　月分　乳障母医療費請求書

| 4 | 0 | | | | | 殿

医療機関
コード

助成対象外となる初診料・往診料の金額を記載（点を円に修正）…現行では母子家庭等医療制度のみ

下記のとおり請求する。

年　　月　　日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名　　㊞

	保険給付割合別		件数	診療実日数	総点数	乳・障・母医療費給付外点数	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						
⑥ 障害者	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
	割	請求						
		※決定						
⑨ 母子	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。
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。