

福岡医発第 1471 号 (地)
平成 20 年 10 月 10 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武

平成 20 年 10 月 1 日以降の福岡市医療費助成制度に関する取扱いについて (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、平成 20 年 9 月 5 日付福岡医発 1249 号 (地) にて、平成 20 年 10 月 1 日以降も福岡市制度は現行のまま継続する旨通知しておりましたが、請求様式の変更及びその他確認事項について福岡市より下記のとおり補足されています。

つきましては、貴会会員各位への周知方よろしくお願いします。

記

1 請求様式の変更点【医保のみ】

	平成 20 年 9 月診療分まで	平成 20 年 10 月診療分から
医療費請求書	乳・障・母医療費給付外点数	乳・障・母医療費給付外 <u>の額</u>
診療 (調剤) 報酬明細書 (3 枚目複写部分)	乳障母給付外点数	乳障母給付外 <u>の額</u>

※ 別紙 1 及び 2 参照

2 他様式の使用について【医保のみ】

平成 20 年 9 月診療分までの様式を使用することも可能です。ただし、使用の際には「点」を「円」に訂正するなどして変更点を反映させてください。

また、他市町村の「乳・障・親」レセプトにつきましても、福岡市様式の記載事項を満たしていれば使用して差し支えありません。

3 母子家庭等医療費の請求の特例【医保のみ】

総医療費×自己負担割合≦自己負担限度額となる場合、つまり母子家庭等医療においては、診療報酬が初診料（同一医療機関で月 1 回を限度）・往診料のみ場合には、福岡県の新制度と同様、併用レセプトではなく単独レセプトで請求して下さい。

(公印省略)
保年第 657-1 号
平成 20 年 10 月 3 日

社団法人 福岡県医師会
会長 横 倉 義 武 様

福岡市長 吉 田 宏
(保健福祉局保健医療部保険年金課)

平成 20 年 10 月 1 日以降の本市医療費助成制度に関する取扱いについて (通知)

平素より本市医療費助成制度の運営について格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成 20 年 8 月 28 日付保年第 657 号にて、平成 20 年 10 月 1 日以降も本市制度は現行のまま継続する旨通知しておりましたが、請求様式の変更及びその他確認事項について下記のとおり補足しますので、貴会々員への周知をお願いいたします。

今後とも本市医療費助成制度にご理解、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

記

1 請求様式の変更点【医保のみ】

	平成 20 年 9 月診療分まで	平成 20 年 10 月診療分から
医療費請求書	乳・障・母医療費給付外点数	乳・障・母医療費給付外 <u>の額</u>
診療(調剤)報酬明細書 (3 枚目複写部分)	乳障母給付外点数	乳障母給付外 <u>の額</u>

※ 別紙 1 及び 2 参照

2 他様式の使用について【医保のみ】

平成 20 年 9 月診療分までの様式を使用することも可能です。ただし、使用の際には「点」を「円」に訂正するなどして変更点を反映させてください。

また、他市町村の「乳・障・親」レセプトにつきましても、本市様式の記載事項を満たしていれば使用して差し支えありません。

3 母子家庭等医療費の請求の特例【医保のみ】

総医療費×自己負担割合≤自己負担限度額となる場合、つまり母子家庭等医療においては、診療報酬が初診料(同一医療機関で月 1 回を限度)・往診料のみ場合には、福岡県の新制度と同様、併用レセプトではなく単独レセプトで請求してください。

問い合わせ先

福岡市 保健福祉局 保健医療部 保険年金課 給付係

重度心身障がい者医療担当：山田

乳幼児医療等担当：福島

母子家庭等医療担当：縣(アカタ)

TEL：092-711-4235 FAX：092-733-5441

(様式第4号)

1	2	7	8
医科	歯科	国保	医保

平成 年 月分 乳障母医療費請求書

40 段

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

「給付外点数」(点)表示から、
「給付外の額」(円)表示に変更し
ます。点数表記のものを仕様する際
は、「点数」を「の額」に改め、金
額を記載してください。

	保 険 給 付 別	件 数	診 療 日 数	総 点 数	乳・障・母 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					
※薄紫色							
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。

診療報酬明細書

診療報酬明細書コード
県番号

(医科入院外) 平成 年 月分 40

1 医科	1 社・国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単 2 2 3 3	2 独 3 併 6 併	2 本 4 三 6 家	8 高外 0 高外	9 8
保険者番号						10 7 ()	8

保険者
番号被保険者証・被保険者手帳
等の記号・番号

例) 診療報酬明細書 医保分
(医科入院外、複写3枚目)
※歯科レセや調剤レセにおいても
変更箇所は同じ
(右下「給付外点数」が「給付外
の額」へ)

項

保険医
療機関
の所在
地及び
名称

氏名	1男 2女 1男 2大 3婦 4子 . . 生
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 運動災害

他病名	(1) (2) (3) (4) (5)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 (4) 年 月 日 (5) 年 月 日
-----	---------------------------------	-------	---

診療 実日数	日
-----------	---

① 初診	時間外・休日・深夜	回	点
② 指 導 相談・検診(外共)・処置・検査・救・ウ・検 ・患・外・急・急・急・急・急・急			
④ 往診 夜間 深夜・緊急	回 回 回		

医 保

国保連合会提出分

「給付外点数」(点)表記から、「給付外
の額」(円)表記に変更します。点数表記
のものを仕様する際は、「点数」を「の
額」に改め、金額を記載してください。
※母子家庭等医療のみ発生
乳幼児医療、重度心身障がい者医療にお
いては、患者さんの窓口負担(給付外)
はありません。

合 計	請求	決定
-----	----	----

乳母母 負担者番号	4050	乳母母 受給者番号	
--------------	------	--------------	--

乳母母 給付外の額	円
--------------	---

*印欄以下の記入についても必ずお願いします。

医療機関各位

福岡市長 吉田 宏
(保健福祉局保健医療部保険年金課)

平成20年10月1日以降の本市医療費助成制度に関する取扱いについて(通知)

平素より本市医療費助成制度の運営について格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年8月28日付保年第657号にて、平成20年10月1日以降も本市制度は現行のまま継続する旨通知しておりましたが、請求様式の変更及びその他確認事項について下記のとおり補足いたします。

今後とも本市医療費助成制度にご理解、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

記

1 請求様式の変更点【医保のみ】

	平成20年9月診療分まで	平成20年10月診療分から
医療費請求書	乳・障・母医療費給付外点数	乳・障・母医療費給付外 <u>の額</u>
診療(調剤)報酬明細書 (3枚目複写部分)	乳障母給付外点数	乳障母給付外 <u>の額</u>

※ 別紙1及び2参照

2 他様式の使用について【医保のみ】

平成20年9月診療分までの様式を使用することも可能です。ただし、使用の際には「点」を「円」に訂正するなどして変更点を反映させてください。

また、他市町村の「乳・障・親」レセプトにつきましても、本市様式の記載事項を満たしていれば使用して差し支えありません。

3 母子家庭等医療費の請求の特例【医保のみ】

総医療費×自己負担割合≤自己負担限度額となる場合、つまり母子家庭等医療においては、診療報酬が初診料(同一医療機関で月1回を限度)・往診料のみ場合には、福岡県の新制度と同様、併用レセプトではなく単独レセプトで請求してください。

問い合わせ先

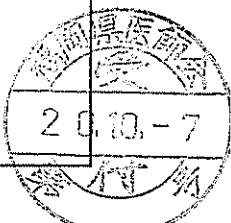
福岡市 保健福祉局 保健医療部 保険年金課 給付係

重度心身障がい者医療担当：山田

乳幼児医療等担当：福島

母子家庭等医療担当：縣(アカタ)

TEL：092-711-4235 FAX：092-733-5441



(様式第4号)

1	2	3	4
内科	歯科	国保	医保

平成 年 月分 乳障母医療費請求書

40 段

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

「給付外点数」(点)表示から、
「給付外の額」(円)表示に変更し
ます。点数表記のものを仕様する際
は、「点数」を「の額」に改め、金
額を記載してください。

	保 険 給 付 別	件 数	診 療 日 数	総 点 数	乳・障・母 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					
※薄紫色							
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。

部道府 医療機関 二一

(医科入院外) 平成 年 月分 40

1 医科	1社·国 2公費	3老 4退	人職	1單 22餅 33餅	2本 4三 6家	外 外 外	8高 0外 8	9 8
						特製	10 7	9 () 8

保険者 番号						特約 契約	10 9 8 7 ()
被保険者証・被保険者手帳 等の記号・番号							

例) 診療報酬明細書 医保分
(医科入院外、複写3枚目)
※歯科レセや調剤レセにおいても
変更箇所は同じ
(右下「給付外点数」が「給付外
の額」へ)

氏名	の額」へ)										項
性別	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 運動災害										

保険医
登録医
の所在
地及び
名 称

[illegible]

日期	日

① 初	診	時間外・休日・深夜	回	点
-----	---	-----------	---	---

◎ 並 管 柏炭、恒炭(外共)・旭炭、東炭・改・ウ・特
・燕・外炭・ベ・松炭、羽・樹炭

問 回 期	診 問 處	往 夜 深 夜	④ 在 宅
-------------	-------------	------------------	-------------

合 計	出 水	處 理 費	定 額
-----	-----	-------	-----

「給付外点数」(点)表記から、「給付外の額」(円)表記に変更します。点数表記のものを仕様する際は、「点数」を「の額」に改め、金額を記載してください。

※母子家庭等医療のみ発生

乳幼児医療、重度心身障がい者医療においては、患者さんの窓口負担（給付外）はありません。

乳 障 母						乳 障 母					
負担番号		4	0	5	0	受給番号					

乳 肉 母	円
給付外の額	

★印欄以下の記入についても必ずお願ひします。

保 医

國保連合会提出分