



福岡医発第510号(地)

平成21年 6月 8日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 横 倉 義 武

(公 印 省 略)

福岡市医療費助成制度(乳幼児、重度心身障がい者
及び母子家庭等)の一部改正について

今般、福岡市医療費助成制度(乳幼児、重度心身障がい者及び母子家庭等)を一部改正した旨、福岡市保健福祉局保健医療部保険年金課より別添のとおり通知がありましたのでご連絡申し上げます。

本改正は、社会経済情勢の変化に対応し、また、医療費助成事業の適正かつ安定的な運営を目的とし、平成21年10月より制度改正されます。

つきましては、貴会におかれましても本件につきご了知いただくとともに、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

1) 改正内容等につきましては、福岡市保険年金課HPに随時掲載されます。

(みんなの保険年金課：<http://www.city.fukuoka.lg.jp/kokuho/>)

2) 本改正についての問合せにつきましては、福岡市保健福祉局保険年金課
給付係(092-711-4235)までご照会下さい。

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

(公 印 省 略)

保 年 第 283-1 号

平成 21 年 6 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)

本市医療費助成制度（乳幼児、重度心身障がい者及び母子家庭等）の一部改正について

平素より本市医療費助成事業の運営について格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、県制度改正が行われた平成 20 年 10 月以降も従来の制度を継続しておりますが、社会経済情勢の変化に対応し、また、医療費助成事業の適正かつ安定的な運営をより一層推進するため、平成 21 年 10 月より制度を改正いたします。

つきましては、改正内容及び改正に伴う取扱いについて別添のとおりお知らせいたしますので、貴会々員へ周知いただきますようお願い申し上げます。

今後とも本事業の円滑な実施にご理解とご協力をいただきますようお願いいたします。

記

1 改正内容

別添資料「福岡市医療費助成制度の改正について」のとおり

2 改正時期

平成 21 年 10 月 1 日

※ 改正内容や医療証の更新については、福岡市保険年金課 HP に随時掲載します。

みんなの保険年金課 <http://www.city.fukuoka.lg.jp/kokuho/>

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

乳 幼 児 医 療 担 当 : 福 島

重度心身障がい者医療担当 : 山田

母子家庭等医療担当 : 縣 (7ガク)

TEL : (092) 711-4235 FAX : (092) 733-5441

E-mail : hokennenkin.PHWB@city.fukuoka.lg.jp



福岡市医療費助成制度の改正について

I 改正概要

●表示が改正部分

区 分		本 市 現 行 制 度	本 市 改 正 後 (平成21年10月～)	県 制 度 (平成20年10月～)
乳 幼 児	対 象 者	○小学校就学前児童	○小学校就学前児童	○小学校就学前児童
	所得制限	○なし	○なし	○3歳未満：なし ●3歳以上：児童手当準拠
	自己負担	○なし	○なし	○3歳未満：なし ●3歳以上： 1医療機関につき 通院 600 円／月 入院 500 円／日（月7日上限）
ひとり親家庭等 (母子家庭等)	対 象 者	○母子家庭の母及び児童 ○父母のない児童 ○一人暮らしの寡婦	○母子家庭の母及び児童 ●父子家庭の父及び児童 ○父母のない児童 ※一人暮らしの寡婦を廃止 (経過措置あり)	○母子家庭の母及び児童 ●父子家庭の父及び児童 ○父母のない児童 ※一人暮らしの寡婦を廃止 (経過措置あり)
	所得制限	○児童扶養手当一部支給準拠	○児童扶養手当一部支給準拠	○児童扶養手当一部支給準拠
	自己負担	○初診料・往診料	●1医療機関につき 通院 800 円／月 入院 500 円／日（月7日上限） ※一人暮らしの寡婦については6頁	●1医療機関につき 通院 800 円／月 入院 500 円／日（月7日上限）
重度障がい者 (重度心身障がい者)	対 象 者	○身障手帳1・2級 ○療育手帳重度	○身障手帳1・2級 ○療育手帳重度 ●精神手帳1級 (精神病床への入院にかかる医療費を除く。)	○身障手帳1・2級 ○療育手帳重度 ●精神手帳1級 (精神病床への入院にかかる医療費を除く。)
	所得制限	○なし	●特別障害者手当準拠 (本人、配偶者)	●特別障害者手当準拠 (本人、配偶者、扶養義務者)
	自己負担	○なし	○なし	●1医療機関につき 通院 500 円／月 入院 500 円／日（月20日上限） ※市民税非課税世帯は300円に軽減

II 乳幼児医療費助成制度

1 対象者について

市内に居住し、健康保険に加入する小学校就学前の児童

重度障がい者医療またはひとり親家庭等医療の対象となる場合も、小学校就学前であれば乳幼児医療を適用します。

2 医療証について

他の医療費助成制度と様式を合わせるため、医療証の様式及び色を変更します。(下記参照)

ただし、改正後の医療証は、平成 21 年 10 月 1 日以降に交付されるものから適用します。

平成 21 年 9 月 30 日以前に交付済みの医療証については、有効期限が到来するまで、従前の医療証を使用します。改正後の医療証への差し替えは行いません。

なお、3 歳以上小学校就学前までの児童で、現在、重度障がい者医療または母子家庭等医療の助成を受けている方については、9 月末までに乳幼児医療証をお送りします。

(1) 医療証の様式

① 「乳 福岡市乳幼児医療証」から「乳 福岡市乳幼児医療医療証」に名称変更

② 「一部自己負担金」の欄を追加(ただし、自己負担がないため「徴収しない」と表記)

(2) 医療証の色

ピンク色からクリーム色に変更

【改正前】平成 21 年 9 月 30 日以前交付

医療証の色：ピンク色

※有効期限内であれば H20.10 以降も使用

福 岡 市	
乳 幼 児 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 5 0
受給者番号	
対 象 者	住 所
	氏 名
	生年月日
発行機関名 及 び 印	福岡県 福岡市 区長 福岡市 区長印
交付年月日	

【改正後】平成 21 年 10 月 1 日以降交付

医療証の色：クリーム色

乳 福岡市乳幼児医療	
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 5 0
受給者番号	
受 給 者	住 所
	氏 名
	生年月日
一部自己負担金	入院 徴収しない 入院外 徴収しない
発行機関名 及 び 印	福岡県 福岡市 区長 福岡市 区長印
交付年月日	

※ この証は、県外の保険医療機関等では使用できません。

(3) 有効期限

平成 21 年 10 月 1 日以降は、障がい者医療またはひとり親家庭等医療の対象となる乳幼児であっても、6 歳の誕生日の前日以後最初の 3 月 31 日(小学校就学前まで)とします。

Ⅲ 重度障がい者医療費助成制度（現：重度心身障がい者医療費助成制度）

1 対象者について

市内に居住し、健康保険に加入する次のいずれかに該当する方

① 身体障害者手帳1・2級

② 療育手帳重度（A）判定

③ 精神障害者保健福祉手帳1級

※ 小学校就学前児童は乳幼児医療を適用します。

※ 65歳以上74歳未満の方は、後期高齢者医療制度に加入している方のみ対象としています。

(1) 精神障がい者への対象者拡大

平成21年10月1日より、新たに精神障害者保健福祉手帳1級をお持ちの方を対象とします。

ただし、精神病床への入院にかかる医療費については、助成の対象とはなりません。

※ 精神病床への入院に関する事項については、すべて福岡県制度と同じ取扱いとします。

精神病床への入院とは（定義）

診療報酬上で規定されている以下の入院料を算定したときを言います。

- | | |
|------------------------|---------------------|
| ○ 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 |
| ○ 精神科合併症入院料 | ○ 精神療養病棟入院料 |
| ○ 認知証病棟入院料1・2 | |

月の途中で転床した場合（同一医療機関内）

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。

転床前	転床後	転床月	※翌月
精神病床	精神病床以外	×	○
精神病床以外	精神病床	×	×

転床後、その翌月も継続して入院した場合

(2) 所得制限の導入

対象者の方全員について、特別障害者手当の所得制限額に準拠した所得制限（ただし、本人および配偶者の所得に限る。）を導入します。

これにより、平成21年10月1日以降は、一定額以上の所得がある方は助成の対象とはなりません。

平成21年度以降は、対象となる方については9月中に新医療証を、対象外となった方については8月から9月にかけて非該当の通知をお送りします。

2 医療証について

現行の医療証は、65歳未満（一般）と65歳以上（老人）の2種類ですが、改正後は、精神障がい者用の医療証を区別するため、

- ・ 精神以外・65歳未満（一般）
- ・ 精神・65歳未満（一般）
- ・ 精神以外・65歳以上（老人）
- ・ 精神・65歳以上（老人）

の4種類となります。平成21年10月1日以降は、改正後の医療証のみしか使用できません。

(1) 医療証の様式

- ① 「一部自己負担金」の欄を追加（ただし、自己負担がないため「徴収しない」と表記）
- ② 【精神のみ】「精神病床への入院にかかる費用は対象外」の文言を印字

(2) 医療証の色

	一 般		老 人	
	身体・知的	精神	身体・知的	精神
H21. 10. 1～H22. 9. 30	水色	空色	白	薄グレー
H22. 10. 1～H23. 9. 30	アイボリー	白茶色	さくら色	藤色

（以降繰り返し）

65歳未満（一般）

【改正後】精神以外

医療証の色：水色

【改正後】精神

医療証の色：空色

健康保険証と一緒に医療機関等の窓口に出してください。

障		福岡市障がい者医療 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 5 0		
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
一部自己負担金	入院 徴収しない		
	入院外 徴収しない		
発行機関名	福岡県	福岡市 区長印	
及び印	福岡市	区長	
交付年月日			

※ この証は、県外の保険医療機関等では使用できません。

健康保険証と一緒に医療機関等の窓口に出してください。

障		福岡市障がい者医療 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 5 0		
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
一部自己負担金	入院 徴収しない 精神病床への入院にかかる費用は対象外（裏面注7）		
	入院外 徴収しない		
発行機関名	福岡県	福岡市 区長印	
及び印	福岡市	区長	
交付年月日			

※ この証は、県外の保険医療機関等では使用できません。

65 歳以上（老人）

【改正後】精神以外

医療証の色：白色

障		福岡市障がい者医療証	
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 5 0		
受給者番号			
受給者	住所 氏名 生年月日		
一部自己負担金	入院 徴収しない 入院外 徴収しない		
発行機関名及び印	福岡県 福岡市 区長 福岡市 区長印		
交付年月日			

※ この証は、県外の保険医療機関等では使用できません。

【改正後】精神

医療証の色：グレー色

障		福岡市障がい者医療証	
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 5 0		
受給者番号			
受給者	住所 氏名 生年月日		
一部自己負担金	入院 徴収しない 精神疾患への入院にかかる費用は対象外（医証注7） 入院外 徴収しない		
発行機関名及び印	福岡県 福岡市 区長 福岡市 区長印		
交付年月日			

※ この証は、県外の保険医療機関等では使用できません。

(3) 有効期間及び更新時期

- 有効期間：原則 10 月 1 日～翌年 9 月 30 日

有効期間の例外

※ 65 歳未満（一般）

65 歳以上（老人）へ切替えになる場合：10 月 1 日から 65 歳の誕生日前日まで

※ 65 歳以上（老人）

65 歳未満（一般）から切替えた場合：65 歳の誕生日から最初の 9 月 30 日まで

65 歳以上で新規の申請をする場合：

- ① 後期高齢加入月に申請 → 加入日から最初の 9 月 30 日まで
- ② 後期高齢加入月以降に申請 → 申請月の初日から最初の 9 月 30 日まで

- 更新時期：8 月中に申請書を送付・回収し、9 月中に新医療証を送付します。

Ⅳ ひとり親家庭等医療費助成制度（現：母子家庭等医療費助成制度）

1 対象者について

市内に居住し、健康保険に加入する次のいずれかに該当する方

- ① 母子家庭の母及び児童
- ② 父子家庭の父及び児童
- ③ 父母のない児童

※ 児童は18歳到達の年度末までを対象とします。

※ 小学校就学前児童は乳幼児医療を適用します。

(1) 父子家庭への対象者拡大

平成21年10月1日より、父子家庭の父及び児童を対象とします。

(2) 後期高齢者医療被保険者への対象者拡大

現行制度では後期高齢者医療の被保険者を本制度の対象外としておりますが、改正後は、ひとり親家庭の父または母及び養育者（祖父母など準父子、準母子家庭の養育者）が後期高齢者医療被保険者である場合も、医療費助成の対象とします。

(3) 一人暮らしの寡婦の廃止

一人暮らしの寡婦（以下「寡婦」という。）については、2年間の経過措置（自己負担の引き上げ）を設け、平成23年9月末をもって廃止します。

経過措置の内容

自己負担を下記のとおり段階的に引き上げます。

【入院・通院ともそれぞれ1医療機関ごと（薬局を除く）】

期 間	通 院	入 院
H21. 10. 1～H22. 9. 30	1,000 円／月（上限）	12,000 円／月（上限）
H22. 10. 1～H23. 9. 30	2,000 円／月（上限）	24,000 円／月（上限）
H23. 10. 1～	経過措置終了（廃止）	

2 所得制限について

所得制限については、従来どおり変更はありません。（児童扶養手当の一部支給準拠）

本人またはその配偶者等の前年の所得（1月から9月までの場合は前々年）が所得制限額以上である場合は、対象となりません。

3 医療証について

経過措置期間中の寡婦を区別するため、寡婦以外と寡婦は医療証の色を変えて交付します。（(2) 医療証の色参照）

なお、現行の医療証は有効期限が平成21年7月31日で切れてしまいますので、例年どおり「母子家庭等医療医療証」の更新を行い、9月に「ひとり親家庭等医療医療証」への差し替えを行います。
（9月の差し替えの際は、手続きは不要です。）

(1) 医療証の様式

- ① 「**母**」福岡県母子家庭等医療医療証」から「**親**」福岡市ひとり親家庭等医療医療証」へ名称変更
- ② 「一部自己負担金」の欄を追加し、自己負担額を表記する。

(2) 医療証の色

	母子家庭・父子家庭 父母のない児童	一人暮らしの寡婦
H21. 8. 1～H21. 9. 30	オレンジ	緑
H21. 10. 1～H22. 9. 30	緑	オレンジ
H22. 10. 1～H23. 9. 30	オレンジ	緑
H24. 10. 1～H25. 9. 30	緑	

(以降繰り返し)

「母子家庭等
医療医療証」

以降、「ひとり親家
庭等医療医療証」

平成 21 年 9 月まで (母子家庭等医療医療証)

【改正前】平成 21 年 8 月 1 日～平成 21 年 9 月 30 日

医療証の色：寡婦以外 オレンジ

寡婦 緑

健康保険証と一緒に病院等の窓口に出示してください。

母

**福岡県母子家庭等医療
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	5	0		
受給者番号								
受給資格者	住所							
	氏名							
	生年月日							
発行機関名及び印	福岡県				福岡市 区長印			
	福岡市 区長							
交付年月日								

※ この証は、県外の病院等では使用できません。

【改正後】寡婦以外

医療証の色：緑

親		福岡市ひとり親家庭等医療医療証				
有効期間	平成	年	月	日から	日まで	
負担者番号	9	0	4	0	5	0
受給者番号						
受給者	住所					
	氏名					
	生年月日					
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 ※入院・入院外とも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		福岡市		区長印	
交付年月日						

※ この証は、県外の保険医療機関等では使用できません。

【改正後】寡婦

医療証の色：オレンジ

親		福岡市ひとり親家庭等医療医療証				
有効期間	平成	年	月	日から	日まで	
負担者番号	9	0	4	0	5	0
受給者番号						
受給者	住所					
	氏名					
	生年月日					
一部自己負担金	入院 1月当たり12,000円を限度 入院外 1月当たり 1,000円を限度 ※入院・入院外とも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		福岡市		区長印	
交付年月日						

※ この証は、県外の保険医療機関等では使用できません。

※ 寡婦以外と寡婦では自己負担額が異なりますので、「一部自己負担金(②)」の欄を必ずご確認ください。

(3) 有効期限の変更

- 有効期限：8月1日～翌年7月31日 → 10月1日～翌年9月30日
- 更新時期：平成21年度は7月中に更新後の医療証を、9月中に改正後の医療証を送付します。
平成22年度以降は9月中に更新後の医療証を送付します。
- ※ 引き続き助成を受ける場合は、更新の申請が必要です。
- ※ 更新後は、医療証の番号が変更になりますのでご注意ください。

4 自己負担について（寡婦以外）

◆通院：800円／月 ◆入院：500円／日（月7日＝3,500円を上限）

- 入院、通院ともにそれぞれ1医療機関ごと（薬局を除く。）に上記金額を自己負担とします。
 - 同一病院（1医療機関）の解釈
 - 旧総合病院は診療科が異なる場合でも同一医療機関とします。
 - 医科と歯科を併用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みなします。
 - 同一月内に同一医療機関で入院と通院がある場合は、それぞれ自己負担します。
 - 同一月内に転院した場合でも、それぞれの医療機関ごとに日数をカウントします。
 - 治療用装具については、全額支払い後、償還払いとなります。（自己負担はありません。）
- ※ 自己負担に関する事項については、すべて福岡県制度と同じ取扱いとします。

自己負担額に満たない時の計算方法（通院）

- 通院において、初回の受診で月の限度額に満たない場合は、その満たない額を自己負担
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
- 受診の際の医療機関での窓口負担は10円単位（10円未満四捨五入）

例）月3回の通院で初回の自己負担額が800円に満たない場合（自己負担割合3割）

	初 回	2 回目	3 回目
総医療費	1,050 円	2,980 円	1,500 円
総医療費×3割	315 円	894 円	450 円
対象者負担額（累計）	320 円（320 円）	480 円（800 円）	0 円（800 円）

V 医療費助成制度間の優先順位

1 小学校就学前児童（乳・障・親）

障がい児またはひとり親家庭の児童もしくは父母のない児童であっても、平成21年10月1日以降は小学校就学前児童は全員乳幼児医療を優先適用します。（乳幼児医療証は9月末までに対象者の方へ送付します。）

2 小学校就学以後対象者（障・親）

重度障がい者、ひとり親家庭等の両制度の条件を満たす方については、精神障がい者以外の方は重度障がい者医療優先の取扱いとし、障がい者医療医療証のみ交付します。

ただし、精神障がい者の方に限っては、精神病床入院時に助成を受けられないことから両方の証を交付します。

両医療証にはゴム印（障がい者医療医療証には「精神病床入院以外使用」、ひとり親家庭等医療医療証には「精神病床入院のみ使用」）を押印し、ホッチキス等でとめて交付します。

例）精神障がい者かつひとり親家庭等の方の負担額

区 分		重度障がい者	ひとり親家庭等
入院	精神病床	自己負担相当額（助成なし）	500 円／日（1 医療機関、 月 7 日 上 限）
	精神病床以外	無料（自己負担相当額全額助成）	
通 院		無料（自己負担相当額全額助成）	800 円／月（1 医療機関）

※ 精神病床入院時のみひとり親家庭等の医療証を使用した方が有利となる。

VI 請求様式の一部変更（医療乳障母・国保連合会提出分）

医療費請求書及び診療報酬明細書中、「乳障母」の表記が「乳障親」に変更となります。ただし、改正後も「乳障母」表記の様式を使用して差し支えありません。

※ 支払基金提出分にも「乳障親」（現行制度では「乳障母」）を表記してください。

また、ひとり親家庭等医療の自己負担が定額制となったことから、初診料・往診料にかかる部分を削除します。

1 乳障親医療費請求書

1	2	3
国	市	区

平成 年 月 分 乳障親医療費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿

医療機関
〒 ー 下

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 封 者 氏 名

⑤

	保険給付 制 合 別		件 数	診 療 実 日 数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付額之和	一部負担金	備 考
⑤ 乳 幼 児	7 制	請 求						
		*決 定						
	8 制	請 求						
		*決 定						
	制	請 求						
		*決 定						
	保険給付 制 合 別		件 数	診 療 実 日 数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付額之和	一部負担金	備 考
⑥ 障 が い 者	7 制	請 求						
		*決 定						
	8 制	請 求						
		*決 定						
	制	請 求						
		*決 定						
	保険給付 制 合 別		件 数	診 療 実 日 数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付額之和	一部負担金	備 考
⑨ ひ ま り 親	7 制	請 求						
		*決 定						
	8 制	請 求						
		*決 定						
	制	請 求						
		*決 定						

(注) 本欄が横は記入しないこと。
この様式は国保請求者分の請求にのみ使用。
市町村(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

2 診療報酬明細書（国保連合会提出分・医科入院外）

診療報酬明細書

（医科入院外）平成 年 月分 40

診療所 医療機関コード
診療番号

1	1	3	1	2	8
医科	社・国	老人	単独	本外	高外
	公費	退院	併併	三外	高外
			3 3	6 家	0 外
					7 ()

診療所 番号		診療所 名称	
診療所名称・診療科目コード の記号・番号			

氏名		住記事項	
性別	男 女	年齢	生
住所上の事項	1 転居上 2 1 転居 3 月以内 3 継続居住		

保険医
熱線
の部
地及び
名 付

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

診療 日数	
----------	--

初診料・往診料欄を削除

医 保

国保連合会提出分

合計	診療料	処置料	薬料・材料費	検査・検査料	その他
計					

診療所 番号	4	0	5	0	診療 番号				
-----------	---	---	---	---	----------	--	--	--	--

診療 日数	
----------	--

★診療日数の記入についても必ずお願いたします。

3 診療報酬明細書（国保連合会提出分・医科入院）

診療報酬明細書

（医科入院）平成 年 月分 40

都道府 区政務コード
県番号

1	1 社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 高外
医科	2 公 費	4 退 院	2 2 併 併	4 六 外	0 高外
			3 3 併	6 家 外	7

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男 2次 3短 4平 生	特記事項
領上の事由	1 職務上 2 下座後3月以内 3 通勤災害	

保険医
診療関
の所在
地及び
名 称

傷 病 名	(1) (2) (3)	診 断 医 生 氏 名	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
-------------	-------------------	----------------------------	-------------------------------------

診療 実 日 数	日
-------------------	---

初診料欄を削除

医 保

国保連合会提出分

保 険 者 名 義 に 関 連 す る 者 の 氏 名	請 求 点	中 間 延 点	負担金額 円	保 険 者 の 氏 名	請 求 日	中 間 延 日	(標準負担額) 円
			減額 特別徴収・保険料				

乳 母 乳	乳 母 乳	乳 母 乳	乳 母 乳	乳 母 乳	乳 母 乳	乳 母 乳	乳 母 乳
乳母番号	4050	受給番号		乳母番号		乳母番号	

★印欄以外の記入についても必ずお願いします。

重度障がい者で精神病床入院がある場合は「精入有」と表記（ゴム印可）

レセプト記載要領

国保・後期高齢

例)ひとり親家庭等医療のとき

医保（連合会提出分）

例)ひとり親家庭等医療のとき

入院外レセプトについて

ひとり親家庭等医療において自己負担相当額が 800 円に満たないときは、本市が助成する額が発生しませんので、併用ではなく単独レセプトで請求してください。

本市の助成対象外の額を記載（１医療機関あたり）

○ 乳幼児医療のとき	記載不要
○ 重度障がい者医療のとき	記載不要
○ ひとり親家庭等医療のとき	800 円

※800 円に満たなければ上記のとおり単独レセプト

- ※800 円に満たなければ上記のとおり単独レセプト

医 保

國保連台會提出分

800

国保・後期高齢

例)ひとり親家庭等医療(7日入院)のとき

医保(連合会提出分)

例)ひとり親家庭等医療(7日入院)のとき

診療報酬明細書 (既入院)

平成 年 月 日

診療科目 診療時間

1 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 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

入院レセプトについて

重度障がい者医療において精神障がいの方が精神病床に入院したときは、本市が助成する額が発生しませんので、併用ではなく単独レセプトで請求してください。

※医療証で精神障がい者か否かを必ず確認してください。

本市の助成対象外の額を記載(1医療機関あたり)

- 乳幼児医療のとき 記載不要
- 重度障がい者医療のとき 記載不要
- ひとり親家庭等医療のとき 500円×入院日数(月上限3,500円)

重度障がい者医療費助成制度対象者(公費番号80で請求)で精神病床入院があるときは、「精入有」と表記(医保のみ)

→ この表記があるレセプトの中に精神障がい者のレセプトがないか、本市でチェックを行います。精神障がい者のものであれば過誤処理を行います。

3,500

診療報酬明細書 (既入院)

平成 年 月 日

診療科目 診療時間

1 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 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

市中央区天神一丁目8-1

△△△医院

医 保

国保連合会提出分

精入有

3,500