1235
31.1.8
受付
小郡三井医師会

福県医発第2702号（地）
平成31年1月6日

各　医　師　会　長　　殿

福　岡　県　医　師　会
会長　松　田　峻一良
（公　印　省　略）

医療費助成事業に係る審査支払事務の委託先変更について（粕屋町）

粕屋町において、平成31年4月診療分から、被用者保険加入者分に係る医療費助成事業の審査支払事務を社会保険診療報酬支払基金福岡支部（以下「支払基金福岡支部」）へ委託する旨、平成30年12月17日付け30粕総国公第259号「粕屋町公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について」にて、支払基金を含む関係機関等に対して周知されております。

今般、それに伴い、「子ども医療」、「重度障害者」及び「ひとり親家庭等」の各医療費助成事業の審査支払事務につきましては、従来、国民健康保険分、被用者保険分ともに福岡県国民健康保険団体連合会へ請求する取扱いとされておりましたが、平成31年5月提出分から被用者保険分については、支払基金福岡支部へ請求する取扱いとなる旨、支払基金福岡支部より連絡がありました。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、各医療機関等には、平成31年3月4日（月）の支払関係帳票等の発送に併せて通知されることを申し添えます。

小郡三井医師会より　　医療保険担当理事　肥山淳一郎
会長　島田昇二郎

重要性分類Ⅲ
事　務　連　絡
平成30年12月25日

福岡県医師会　御中

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

医療費助成事業に係る審査支払事務の委託先変更について(ご連絡)

平素は、支払基金の業務運営に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、粕屋町の医療費助成事業に係る審査支払事務の委託先変更については、下記の通知をもって平成31年4月診療分から被用者保険加入者分に係る医療費助成事業の審査支払事務を支払基金福岡支部へ委託する旨、支払基金を含む関係機関等に対して周知されたところです。

「子ども」、「重度障害者」及び「ひとり親家庭等」の各医療費助成事業の審査支払事務につきましては、従来、国民健康保険分、被用者保険分ともに福岡県国民健康保険団体連合会へ請求する取扱いとされておりましたが、平成31年5月提出分から被用者保険分は、支払基金福岡支部へ請求する取扱いとなります。

つきましては、このことについて、県内全保険医療機関等に平成31年3月4日（月）の支払関係帳票等の発送に併せてご案内させていただくこととしておりますので、よろしくお願い申し上げます。

記

平成３１年４月診療分より受託する町

粕屋町	平成30年12月17日付け 30粕総国公第259号	粕屋町公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について

初閲
支部長

30粕総国公第259号
平成30年12月17日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部
支部長　　本田　明　　様

粕屋町長　　箱田　彰

粕屋町公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます

日頃から粕屋町で行っております公費医療費支給制度に対しましては、格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本町で実施しております公費医療費支給制度に係る審査支払事務につきましては、現在のところ福岡県国民健康保険団体連合会へ委託しておりますが、関係機関からの要望や事務の簡素化の観点から、被用者保険加入者にかかる粕屋町公費医療助成制度の審査支払事務を貴基金福岡支部へ下記のとおり委託することといたしましたので、よろしくお取り計らいいただきますようお願いいたします。

また、国民健康保険、国民健康保険組合、後期高齢者医療加入者にかかる粕屋町公費医療助成制度の審査支払事務につきましては、引き続き福岡県国民健康保険団体連合会へ委託することとなります。

記

1　実施時期　平成31年4月診療分から
（月遅れ分を含めた請求については、平成32年4月提出分から支払基金福岡支部へ提出）

2　委託する公費医療費助成制度

法別番号	制度名称
80	重度障害者医療
81	子ども医療
90	ひとり親家庭等医療

※概要は別紙のとおり

問合せ先　粕屋町役場　総合窓口課　国保年金係
TEL　092-938-2311（内線446）

社会保険診療報酬支払基金福岡支部 受 '30.12.18 付

医療費助成制度の概要

市町村名	制度名称	法別番号	対象者	自己負担		食事療養費	対象医療機関等	受託年月
				入院	入院外			
粕屋町	子ども医療費支給制度	81	入　院：中学校3年生まで（15歳の誕生日前日以後の最初の3月31日まで） 入院外：小学校6年生まで（12歳の誕生日前日以後の最初の3月31日まで） （ただし、生活保護を受けている者は対象外） ※所得制限なし ※生活保護を受けているものは対象外 ※3歳以上は重度障害者医療を優先	0歳から3歳に達する月の末日までの者 自己負担なし 3歳以上中学校3年生まで 500円/日 （1医療機関あたり月7日まで）	0歳から3歳に達する月の末日までの者 自己負担なし 3歳以上就学前まで 800円/月 小学校1年生以上小学校6年生まで 1200円/月 （1医療機関あたり） *薬局での自己負担なし	対象外	県内の保険医療機関等	平成31年4月診療分
	重度障害者医療費支給制度	80	・3歳以上 ・身体障害者（身障手帳1・2級） ・療育手帳A ・精神障害者（保健福祉手帳1級） ※所得制限なし ※生活保護を受けているものは対象外 ※中学生以上の精神病棟への入院は対象外 （0歳から中学校3年生までを除く）	500円/日 低所得者の場合 300円/日 （1医療機関あたり月10日まで） （3歳以上中学生まで1医療機関あたり月7日まで）	500円/月 （1医療機関あたり） *薬局での自己負担なし			
	ひとり親家庭等医療費支給制度	90	・母子家庭の母及びその児童 ・父子家庭の父及びその児童 ・父母のいない児童 ※児童は小学校就学後から18歳の誕生日以後最初の3月31日まで ※生活保護を受けているものは対象外 ※就学前は子ども医療優先 ※所得制限有り	500円/日 （1医療機関あたり月7日限度）	800円/月 （1医療機関あたり） *薬局での自己負担なし			

※　自己負担金・・・・・保険医療機関ごと　調剤は自己負担なし

制度名称	実施機関番号	対象者数
子ども医療費制度	81400616	8,600
重度障害者医療助成制度	80400617	650
ひとり親家庭等医療費助成制度	90400615	1,000