

福岡医発第 770 号 (地)
平成 30 年 6 月 12 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 (筑紫地区)

筑紫地区 (筑紫野市・春日市・大野城市・太宰府市・那珂川町) において、平成 30 年 10 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、下記通知にて、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 30 年 11 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解いただくとともに、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、9 月 4 日 (火) 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。

記

筑紫野市：平成 30 年 5 月 15 日付け 30 筑国第 5034 号

「筑紫野市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について」

太宰府市：平成 30 年 5 月 16 日付け 30 太国第 141 号

「太宰府市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について」

春日市：平成 30 年 5 月 22 日付け 30 春国医第 103 号

「春日市公費医療助成制度の審査支払事務の委託について」

大野城市：平成 30 年 5 月 24 日付け 30 大国保第 339 号の 1

「大野城市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について」

那珂川町：平成 30 年 5 月 24 日付け 30 那住第 361 号

「那珂川町公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について」

以上

重 要 性 分 類 III
事 務 連 絡
平成 30 年 6 月 6 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、筑紫地区（筑紫野市・春日市・大野城市・太宰府市・那珂川町）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30年10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30年11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9月4日（火）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30年10月診療分より受託する市町

筑 紫 野 市	平成30年5月15日付け 30 筑国第 5034 号	筑紫野市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について
太 宰 府 市	平成30年5月16日付け 30 太国年第 141 号	太宰府市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について
春 日 市	平成30年5月22日付け 30 春国医第 103 号	春日市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について
大 野 城 市	平成30年5月24日付け 30 大国保第 339 号の1	大野城市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について
那 珂 川 町	平成30年5月24日付け 30 那住第 361 号	那珂川町公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について



30筑国第5034号
平成30年5月15日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部
支部長 本田 明 殿

筑紫野市長 藤田 陽三



筑紫野市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

日頃から筑紫野市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、本市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筑紫野市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筑紫野市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30年10月診療分から
(月遅れ分を含めた請求については、平成31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 筑紫野市役所 国保年金課
TEL 092-923-1111 (内線281)



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			
筑紫野市	子ども医療費支給制度	81	・中学校3年生まで(15歳に達する日以後の最初の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者は対象外 ※3歳以上は重度障害者医療を優先 ※小学校1年生以上はひとり親家庭等医療を優先	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歳以上未就学児まで 600円/月 小学校1年生から小学校6年生まで 1,200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30年10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) ・知的障害者(IQ35以下) ・重複障害者(身障手帳3級かつIQ50以下) ・精神障害者(保健福祉手帳1級) ※所得制限有り ※生活保護を受けているものは対象外 ※精神病棟への入院は対象外	500円/日 低所得の場合 300円/日 (3歳以上小学校6年生までは1医療機関あたり月7日まで) (中学生以上は1医療機関あたり月20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6歳に達する日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日まで (ただし、生活保護を受けている者は対象外) ※所得制限有り	500円/日 (月7日限度)	800円/月 *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	81400186	13,367
重度障害者医療助成制度	80400187	1,652
ひとり親家庭等医療費助成制度	90400185	1,968

※平成30年3月末日現在



30太国年第141号
平成30年5月16日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

支部長 本田 明 様

太宰府市長 楠田 大蔵



太宰府市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。

日頃から太宰府市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、本市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太宰府市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太宰府市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30年10月診療分から
(月遅れ分を含めた請求については、平成31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 太宰府市役所 国保年金課

TEL 092-921-2121 (内線315)



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			
太宰府市	子ども医療費支給制度	81	・中学校3年生まで(15歳に達する日以後の最初の3月31日まで) ※所得制限無し ※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歳から就学前まで 600円/月 (1医療機関あたり) 小学生 1,200円/月 *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30年 10月診療 分
	重度障害者医療費支給制度	80	・3歳に達する日の属する月の翌月からの者 ・身体障害者(身障手帳1・2級) ・知的障害者(IQ35以下) ・重複障害者(身障手帳3級かつIQ50以下) ・精神障害者(保健福祉手帳1級) ※所得制限有り ※生活保護を受けているものは対象外 ※精神病棟への入院は対象外	500円/日 低所得の場合 300円/日 (3歳以上小学校6年生までは1医療機関あたり月7日まで) (中学生以上は1医療機関あたり月20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6歳に達する日以後の最初の4月1日から18歳の誕生日前日以後の最初の3月31日まで ※生活保護を受けているものは対象外 ※所得制限有り	500円/日 (月7日限度)	800円/月 *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

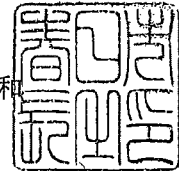
制度名称	実施機関番号	対象者数	(H30.4.1現在)
子ども医療費制度	81400228	10,584	
重度障害者医療助成制度	80400229	1,176	
ひとり親家庭等医療費助成制度	90400227	1,277	



30春国医第103号
平成30年5月22日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部
支部長 本田 明 様

春日市長 井 上 澄 和



春日市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ほど、お喜び申し上げます

日頃から本市公費医療費支給制度につきまして、格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本市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、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本市公費医療費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になりましたので、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。

なお、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本市公費医療費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30年10月診療分から
(月遅れ分を含めた請求については、平成31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	こども医療
90	ひとり親家庭等医療

※概要は別紙のとおり

問合せ先

春日市 健康推進部 国保医療課

医療担当 大川

TEL 092-584-1111 (内線 1542)



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			
春日市	こども医療費支給制度	81	・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) ※3歳以上所得制限あり(児童手当準拠)。 ※生活保護を受けているものは対象外。 ※3歳以上から小学校6年生までは重度障害者医療との選択可。中学生は重度障害者医療が優先。	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歳から就学前 800円/月 小学生 1200/月 (いずれも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30年 10月診療分
	重度障害者医療費支給制度	80	・身体障害者(身障手帳1・2級) ・知的障害者(IQ35以下) ・重複障害者(身障手帳3級かつIQ50以下) ・精神障害者(保健福祉手帳1級) ※所得制限有り(小学校6年生までは児童手当、中学生以上は特別障害者手当準拠) ※生活保護を受けているものは対象外。 ※中学生以上について精神病棟への入院は対象外。	500円/日 低所得者の場合 300円/日 (3歳以上小学校6年生までは1医療機関あたり月7日まで) (中学生以上は1医療機関あたり月20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18歳の誕生日以後の最初の3月31日まで ※生活保護を受けているものは対象外 ※所得制限有り(児童扶養手当準拠) ※就学前まではこども医療優先	500円/日 (月7日限度)	800円/月 *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
こども医療費制度	81400194	16,132
重度障害者医療助成制度	80400195	1,709
ひとり親家庭等医療費助成制度	90400193	2,632



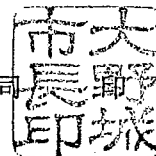
30 大國保第 339 号の 1

平成 30 年 5 月 24 日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

支部長 本田 明 殿

大野城市長 井 本 宗 司



大野城市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

日頃から大野城市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、本市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大野城市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大野城市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 30 年 10 月診療分から
(月遅れ分を含めた請求については、平成 31 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 大野城市 国保年金課

TEL 092-580-1847 (直通)



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			
大野城市	子ども医療費支給制度	81	・大野城市に住所があり、健康保険に加入している中学3年生までの子ども ※重度障害者医療を受給している人、ひとり親家庭等医療を受給している人、生活保護法による保護を受けている人は対象外 ※中学生で重度障害者医療を受給している人は、子ども医療と併給可	・3歳未満 → 無料 ・3歳から中学3年生まで → 500円/日(月7日限度) ※1医療機関あたり	・3歳未満 → 無料 ・3歳から就学前まで → 600円/月(上限) ・小学生 → 1,200円/月(上限) ※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30年 10月診療 分
	重度障害者医療費支給制度	80	・身体障害者手帳1、2級の人 ・療育手帳がAの人 ・身体障害者手帳3級かつIQ36～50以下(療育手帳B1)の人 ・精神障害者保健福祉手帳1級の人 ※所得制限あり ※生活保護を受けている人は対象外 ※65～74歳は後期高齢者医療制度の加入が必要 ※精神病棟への入院は対象外(中学生以上)	・500円/日(上限) (低所得の場合は、300円/日) ・小学生まで → 月7日限度 ・中学生以上 → 月20日限度 ※1医療機関あたり	500円/月(上限) ※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(母・児童) ・父子家庭(父・児童) ・父母のない児童 ※所得制限あり ※児童は小学校就学後から18歳の年度末まで ※生活保護法による保護を受けている人は対象外 ※配偶者が障がいにより長期にわたり労働力を失っている場合もひとり親家庭とみなす	500円/日(月7日限度) ※1医療機関あたり	800円/月(上限) ※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

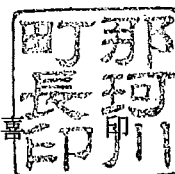
制度名称	実施機関番号	対象者数
子ども医療費支給制度	81400202	
重度障害者医療費支給制度	80400203	
ひとり親家庭等医療費支給制度	90400201	



30 那住第 361 号
平成 30 年 5 月 28 日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部
支部長 本田 明 殿

那珂川町長 武末 茂喜



那珂川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

日頃から本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那珂川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、よろしくお取り扱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那珂川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 30 年 10 月診療分から
(月遅れ分を含めた請求については、平成 31 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

那珂川町役場住民課医療担当 松田

TEL 092-953-2211 (内線 128)



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			
那珂川町	子ども医療費支給制度	81	・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) ※所得制限なし ※生活保護を受けているものは対象外 ※小学生以上(就学後)は、重度障害者医療、ひとり親家庭等医療を優先	<中学校3年生まで> 自己負担なし	<0歳から小学校就学前まで> 自己負担なし <小学生> 1,200円/月 (1医療機関につき) ※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30年 10月診療 分
	重度障害者医療費支給制度	80	・身体障害者手帳1・2級の人 ・療育手帳Aの人 ・重複障害者の人(身体障害者手帳3級かつ知能指数(IQ)50以下) ・精神障害者保健福祉手帳1級の人 ・障害基礎年金1級を受給している人(一部) ・特別児童扶養手当1級を受給している人(一部) ※所得制限あり ※65歳以上については、後期高齢者医療被保険者のみ ※生活保護を受けているものは対象外 ※小学校就学前は、こども医療を優先 ※精神病床への入院は対象外	500円/日 (小学校6年生までは1医療機関あたり月7日まで) (中学生以上は1医療機関あたり月20日まで) <低所得の場合> 300円/日 (小学校6年生までは1医療機関あたり月7日まで) (中学生以上は1医療機関あたり月20日まで)	500円/月 (1医療機関につき) ※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 ※小学校1年生から18歳日誕生日前日以後の最初の3月31日まで ※所得制限あり ※生活保護を受けているものは対象外 ※小学校就学前は、こども医療を優先	500円/日 (月7日限度)	800円/月 (1医療機関につき) ※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	81400525	7,579
重度障害者医療助成制度	80400526	783
ひとり親家庭等医療費助成制度	90400524	1,054