



福岡医発第 1735 号 (地)

平成 30 年 9 月 13 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

市制施行に伴う公費負担者番号の設定等について

平成 30 年 10 月 1 日付けで那珂川町の市制施行により、那珂川市が発足することに伴う公費負担者番号等の廃止・設定につきましては、平成 30 年 6 月 26 日付け福岡医発第 872 号 (地) 及び平成 30 年 9 月 11 日付け福岡医発第 1717 号 (地) にてご連絡申し上げているところです。

今般、本件につきまして、那珂川町長より通知がありましたので改めてお知らせいたします。

つきましては、本件に関し貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 医療機関の受診方法及び調剤券の請求方法につきまして、別添別紙をご参照ください。
- 2) 同長から指定医療機関及び指定介護機関各位に対し、医療券、介護券発送時に別添別紙が送付される予定でありますことを申し添えます。

記

- ・新福祉事務所名：那珂川市福祉事務所
- ・設定年月日：平成 30 年 10 月 1 日
- ・中国残留邦人等に係る医療支援給付及び介護支援給付の公費負担者番号
2 5 4 0 4 8 1 5
- ・生活保護法による医療扶助及び介護扶助の公費負担者番号
1 2 4 0 4 8 1 0

以上

30 那福第 1603 号

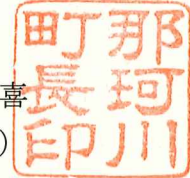
平成 30 年 9 月 7 日

公益社団法人 福岡県医師会

会長 松田 峻一良 様

那珂川町長 武末 茂喜

(福 祉 課 保 護 担 当)



市制施行に伴う公費負担者番号の設定等について (通知)

生活保護法による医療扶助、介護扶助及び中国残留邦人等支援給付に係る医療支援給付、介護支援給付につきましては、平素から格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成 30 年 10 月 1 日付で那珂川市が発足することに伴い、那珂川市福祉事務所を新たに設置いたします。

そこで、那珂川市福祉事務所の所管区域及び生活保護法による医療扶助、介護扶助及び中国残留邦人等支援給付に係る医療支援給付、介護支援給付の公費負担者番号について下記のとおり設定されましたので、ご了知の上、会員への周知につきましてよろしくお願い申し上げます。

また、医療機関の受診方法及び調剤券の請求方法につきましても、別紙のとおり変更になりますので、併せてご了知の上、会員へ周知していただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、別紙につきましては、当方からも指定医療機関及び指定介護機関各位に対し、医療券、介護券発送時に同封する予定ですので、申し添えます。

記

- 1 福祉事務所名 那珂川市福祉事務所
- 2 市制施行日 平成 30 年 10 月 1 日
- 3 所管区域 那珂川市 (旧那珂川町)
- 4 公費負担者番号

生活保護法による医療扶助・介護扶助	1 2 4 0 4 8 1 0
中国残留邦人等支援給付に係る医療支援給付・介護支援給付	2 5 4 0 4 8 1 5

生活保護法による指定医療機関の皆様へ
市制施行後の医療扶助方式についてのお知らせ

平素から生活保護行政にご協力いただきありがとうございます。

さて、平成 30 年 10 月 1 日をもって那珂川市が発足いたします。これに伴い、本市における生活保護業務については、県の筑紫保健福祉環境事務所から、那珂川市福祉事務所に移管されます。今後、生活保護法における医療扶助につきましては下記の通り取り扱いますので、ご理解とご協力をお願いします。

記

1. 入院・外来の受診について

平成 30 年 10 月 1 日以降、県発行の「診療依頼書」については使用できなくなります。

今後は、医療要否意見書を交付いたしますので、診療後、要否意見書を那珂川市福祉事務所へ提出してください。

医療券につきましては後日、取りまとめのうえ那珂川市福祉事務所から医療機関へ送付いたします。

●平成 30 年 10 月診療分の要否意見書につきましては、対象の医療機関へ送付いたしますので、診療後、那珂川市福祉事務所へ提出してください。

2. 調剤について

調剤券の請求は、調剤開始連名簿から調剤券請求書に変更になります。

調剤券は、別添の調剤券請求書により、那珂川市福祉事務所へ提出してください。

調剤券につきましては後日、取りまとめのうえ那珂川市福祉事務所から調剤薬局へ調剤券を送付いたします。

3. 緊急受診（休日・夜間等）について

被保護世帯に対し、生活保護受給証を交付することとしております。

那珂川市福祉事務所に連絡及び確認ができない休日・夜間等で緊急に受診が必要な場合は、生活保護受給証の提示がありましたら診療をお願いします。後日、那珂川市福祉事務所へご連絡いただきましたら、要否意見書を送付いたします。

なお、生活保護受給証の様式については、裏面をご参照ください。

ご不明な点がございましたら下記の連絡先までお電話ください。

那珂川町福祉課保護担当

TEL:092-953-2211 (内線 136～139)

那珂川市生活保護受給証 様式

様式第44号(第2次関係)

生活保護受給証		ケース No. _____
1. 住所	那珂川市	
氏名	_____	
2. 届出印		年 月 日
1. 保護費の受け取りには、この受給証と届出印が必要です。 2. 生活保護の廃止を受けた時は、受給証はお返しください。 3. 受給証を他人に貸与したり、譲渡する事はできません。 4. 夜間や休日に保護指定医療機関を受診する際は、この受給証を窓口へ提示してください。平日は、福祉事務所で要否意見を受け取り受診してください。 5. 紛失や破損等したときは、速やかに福祉事務所へ届け出てください。 6. この受給証は、那珂川市役所での受給確認及び保護指定医療機関を受診する場合のみ有効です。		
那珂川市福祉事務所長 印		

※受給者証は中心の線を山折りしてケースに入れて交付します。

(別添)

医療担当者	処理

受付印

調 剤 券 請 求 書

受給者番号	氏 名	生年月日	医療機関名	その月の初回 調剤年月日	処方せん 受付回数
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		

上記のとおり、生活保護法調剤券を請求します。

年 月 日

(あて先)那珂川市福祉事務所長

指定薬局の所在地・名称・電話番号

開 設 者

印

- 【留意点】
- ①この請求書は、当該調剤薬局につき1枚でご記入ください。
 - ②この請求書は、月ごとに分けてご記入ください。
 - ③受給者番号及び生年月日は、必ずご記入ください。
 - ④この請求書は、那珂川市ホームページでダウンロードできます。

医療担当者	処理

受付印欄と医療担当者欄には何も記載しないでください。

受付印

調剤券請求書(記入例)

受給者番号	氏名	生年月日	医療機関名	その月の初回調剤年月日	処方せん受付回数
1234567	那珂川 太郎	S52.7.10	那珂川クリニック 医科・歯科	H30.10.1	3
8901234	那珂川 花子	H20.11.20	西限こども歯科 医科・歯科	H30.10.5	2
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		
			医科・歯科		

上記のとおり、生活保護法調剤券を請求します。

平成30年11月2日

(あて先) 那珂川市福祉事務所長

指定薬局の所在地・名称・電話番号
福岡県筑紫郡那珂川町西限1-1-2
那珂川町調剤薬局
092-953-2211

開設者
那珂川 一郎

那珂川町調剤局
印

- 【留意点】
- ①この請求書は、当該調剤薬局につき1枚でご記入ください。
 - ②この請求書は、月ごとに分けてご記入ください。
 - ③受給者番号及び生年月日は、必ずご記入ください。
 - ④この請求書は、那珂川市ホームページでダウンロードできます。