



福岡医発第 2082 号 (地)
令和元年 11 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

宗像市及び福津市においては、令和 2 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、令和元年 10 月 30 日付け元宗子家第 852 号「宗像市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について」及び令和元年 10 月 25 日付け 31 福保第 590 号「福津市公費医療費支給制度の審査支払事務の委託について」にて、支払基金福岡支部へ通知がっております。

今般、それに伴い、「子ども医療費支給制度」、「重度障害者医療費支給制度」及び「ひとり親家庭等医療費支給制度」の各医療費助成事業に係る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、令和 2 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、令和 2 年 3 月 4 日（水）に通知がされる予定であります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
令和元年 11 月 7 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、宗像市及び福津市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令和2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、令和2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令和2年3月4日(水)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

令和2年4月診療分より受託する市町村

宗像市	元宗子家 第852号	宗像市公費医療費支給制度の審査支払事務 の委託について
福津市	31福保 第590号	福津市公費医療費支給制度の審査支払事務 の委託について



元宗子家第 852 号
令和元年10月30日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

支部長 本田 明 様

宗像市長 伊豆 美沙子



宗像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こととお喜び申し上げます

日頃から本市の公費医療費支給制度に格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきましては、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当該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。

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当該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 令和2年4月診療分から
(月遅れ分を含めた請求については、令和3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 宗像市役所 子ども家庭課 担当：広橋

TEL 0940-36-1151 (内線211)

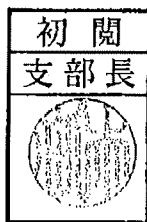


医療費助成制度の概要

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			
宗像市	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) ※所得制限なし ※生活保護を受けている者は対象外	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歳以上小学校6年生まで 800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 (県外受診は償還払い)	令和2年 4月診療分
	重度障害者医療費支給制度	80	・3歳以上で、以下のいずれかの対象の者 ・知的障害者(療育手帳A) ・身体障害者(身障手帳1・2級) ・精神障害者(保健福祉手帳1級) ・重複障害者(療育B1かつ身障手帳3級) ※所得制限なし ※生活保護を受けている者は対象外 ※精神障害で認定された者で、中学生以上の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 (1医療機関あたり月20日まで) (3歳以上小学生まで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 ※所得制限有り ※生活保護を受けている者は対象外 ※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	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

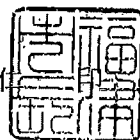
制度名称	実施機関番号	対象者数
子ども医療費制度	81400210	
重度障害者医療助成制度	80400211	
ひとり親家庭等医療費助成制度	90400219	



31 福保第 590 号
令和元年 10 月 25 日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部
支部長 本田 明 殿

福津市長 原崎 智仁



福津市公費医療費支給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

日頃から福津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福津市公費医療支給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方向となりましたので、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。

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福津市公費医療支給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 令和2年4月診療分から
(月遅れ分を含めた請求については、令和3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支給制度

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 福津市役所 保険年金医療課
TEL 0940-43-8128 (直通)



医療費支給制度の概要

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			
福津市	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	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歳以上小学校6年生まで 600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	令和2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) ・知的障害者IQ35以下(療育手帳A1、A2) ・重複障害IQ36以上IQ50以下(療育手帳A3判定)かつ身障3級 ・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	500円/日 低所得者の場合 300円/日 (1医療機関あたり月20日まで) (3歳以上小学生まで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 ※中学1年生から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 ※小学6年生までは子ども医療優先 ※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
子ども医療費支給制度	81400236	10,815
重度障害者医療費支給制度	80400237	1,196
ひとり親家庭等医療費支給制度	90400235	942