

(公印省略)



5健保第2734号
令和5年7月28日

一般社団法人 小郡三井医師会 御中

久留米市長 原口 新五
(健康福祉部 健康保険課)

令和5年7月に発生した記録的大雨にかかる被災者の一部負担金の取扱いについて

日頃より、久留米市国民健康保険事業・福岡県後期高齢者医療制度の運営にご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、久留米市国民健康保険および福岡県後期高齢者医療広域連合では、床上浸水等の被災者の一部負担金の減免を実施いたしております。

つきましては、『国民健康保険一部負担金減免及び徴収猶予承認証明書』『後期高齢者医療一部負担金免除証明書』を窓口で提示された場合は、証明書に記載の減額率に応じて一部負担金を減免されるようお願いします。

また、会員の皆様へ、別添（お知らせ）文書の内容をご周知くださいますようお願いいたします。

（別添）

- ・ 令和5年7月に発生した記録的大雨に係る久留米市国保・後期高齢者医療被保険者の一部負担金の取扱いについて（お知らせ）

「一部負担金減免・徴収猶予承認決定通知書」見本（別紙1）
「後期高齢者医療一部負担金免除証明書」見本（別紙2）
レセプト記入例（別紙3）

お問い合わせ先 久留米市健康福祉部健康保険課
担当：高井良、山川、田籠
電話：0942-30-9029
FAX：0942-30-9751

令和5年7月28日

医療機関等 各位

令和5年7月に発生した記録的大雨に係る久留米市国民健康保険・
福岡県後期高齢者医療広域連合の一部負担金の取扱いについて（お知らせ）

久留米市国民健康保険（以下、久留米市国保）および福岡県後期高齢者医療広域連合（以下、福岡県後期広域連合）では、下記のとおり床上浸水等の被災者の一部負担金の減免を実施いたしております。

つきましては、『国民健康保険一部負担金減免及び徴収猶予承認証明書』『後期高齢者医療一部負担金免除証明書』（以下、併せて『一部負担金減免証明書』と表記）（別紙1、2参照）を窓口で提示された場合は、下記のとおり取り扱いをお願いいたします。

記

1 医療機関窓口でのご対応

【被保険者に対して】

『一部負担金減免証明書』をご持参された場合、証明書に記載の減額率に応じて一部負担金を減免してください。

なお、り災された被保険者が、一部負担金減免について相談された場合、「久留米市健康福祉部健康保険課給付チーム」をご案内していただくようお願いいたします。

2 減免となる医療費等

診療、調剤、訪問看護（入院時食事療養費、入院時生活療養費、装具及びあはきは対象外）

3 減免となる取扱期間

減免証明書に記載の期間（申請日によって異なるので必ず証明書をご確認ください）

4 その他

- ・久留米市国保では床下浸水は対象外です。
- ・公費医療対象者で減免後の一部負担金が公費限度額より高い場合は、一部負担金減免を適用せず、公費医療を適用してください。

＜お問い合わせ先＞

久留米市健康福祉部健康保険課

給付チーム担当：高井良・山川・田籠

TEL:0942-30-9029

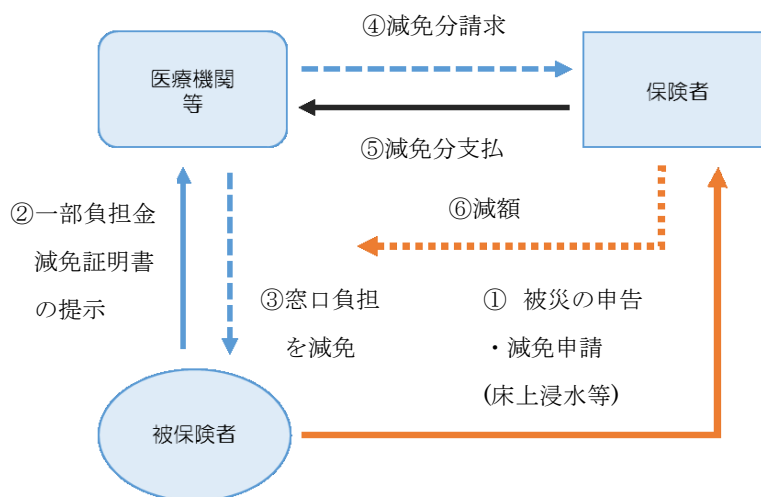
FAX:0942-30-9751

（参考）

○制度の概要

久留米市国保および福岡県後期広域連合は、被保険者が必要書類を持って市の窓口で減免申請をされた場合、認められれば久留米市から『一部負担金減免証明書』が発行されます。それを持って、医療機関等を受診していただくこととなります。

<イメージ>



○保険請求について

保険者へ保険給付分と併せて減免分を請求してください。

96災1の記載は不要です。

また、公費医療対象者で減免後の一部負担金が公費限度額より高い場合は、レセプトに減免額の記載をせずに、通常通り公費医療を適用してください。

なお、簡易な「レセプト記入例」（別紙3）を作成しておりますので参考にしてください。詳細については、国保連合会へご確認をお願いします。

○一部負担金減免申請の受付窓口

健康福祉部健康保険課（市役所1階6番窓口）

各総合支所の市民福祉課

※上記窓口の受付時間…平日（木曜除く）8：30～17：15、木曜8：30～19：00

※市民センターでは受付できません。

国民健康保険一部負担金減免及び支払猶予承認証明書

被 保 険 者 証 記 号 番 号	ZZ-9999
世 帯 主 住 所 ・ 氏 名	久留米市城南町15-3
	久留米 太郎
被 保 険 者 氏 名	久留米 太郎
承 認 区 分	免 除
承 認 期 間	令和5年7月5日 から 令和5年9月30日 まで

一部負担金の減免及び支払猶予について、上記のとおり証明します。

令和5年7月7日

久留米市長 原口 新伍

印

(世帯主の方へ)

- この証明書は保険医療機関等に提示してください。
- 入院時の食事療養にかかる標準負担額等については、減免及び徴収猶予の対象となりません。
- 申請の内容に虚偽があった場合や収入状況に変化があった場合等は、減免及び徴収猶予した一部負担金の全部又は一部を返還していただく場合があります。

(保険医療機関等の方へ)

この証明書による一部負担金の取扱いについてご不明な点につきましては、下記へお問い合わせください。

久留米市健康福祉部健康保険課 TEL (0942) 30-9029

後期高齢者医療一部負担金免除証明書

被 保 険 者 番 号		9 9 9 9 9 9 9
被 保 険 者	住 所	久留米市 城南町 1 5 － 3
	氏 名	久留米 太郎
	生 年 月 日	昭和 1 5 年 8 月 1 5 日
有 効 期 間		自 令和 5 年 7 月 5 日 至 令和 5 年 1 2 月 3 1 日

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の免除を行っている者であることを証明する。

令和 5 年 7 月 3 1 日

3	9	4	0	2	0	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---

福岡県後期高齢者医療広域連合長

福岡県後期高齢者医療広域連合

福岡県後期高齢者医療広域連合

96災 1 記載は不要です

様式第二(二)

診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府県番号
医療機関コード

1	1 社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 高 外
医 科	2 公 費	4 退 職	2 2 併	4 六 外	0 高 外
			3 3 併	6 家 外	7

保険者				給付割合	10 9 8
番 号					7 ()

令和 年 月 分

—					—				
公費負担者番号 ①					公費負担医療の受給者番号①				
公費負担者番号 ②					公費負担医療の受給者番号②				

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	(枝番)
---------------------	------

氏 名	特 記 事 項
1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令 . . 生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

保険医 療機関 の所在 地及び 名 称	(床)
診療開始日	(1) 年 月 日 転 治ゆ・死亡・中止 診療公費①公費②
	(2) 年 月 日 帰
	(3) 年 月 日

傷 病 名	(1)								
	(2)								
	(3)								
1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点分数				
1 2	再 診		×	回					
再 診	外来管理加算		×	回					
	時 間 外		×	回					
	休 日		×	回					
	深 夜		×	回					
1 3	医学管理								
1 4	往 診			回					
在 夜	夜 間			回					
深 夜・緊急				回					
在宅	在宅患者訪問診療 その他の 薬 剤			回					
2 0	21 内 服 薬 調 剤	×		単位 回					
投 22 屯 服 薬 調 剤				単位 回					
23 外 用 薬 調 剤	×			単位 回					
25 処 方	×			回					
26 麻 毒				回					
27 調 基									
3 0	31 皮下筋肉内			回					
注 32 静 脈 内				回					
射 33 そ の 他				回					
4 0	処 置			回					
	薬 剤								
5 0	手 術 酔			回					
	薬 剤								
6 0	検 病 理			回					
	薬 剤								
7 0	画 診 像 断			回					
	薬 剤								
8 0	処 方 箋			回					
その 他	薬 剤								

療 保	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額
養 險			5割減額 ←
の 公	点	点	減額 割(円)免除・支払額丁
給 費①	点	点	円
付 公	点	点	円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点
費②			

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。