

# 群馬県国保援護課からのお知らせ

平成20年4月1日から始まる後期高齢者医療の被保険者に係る福祉医療費の請求について、群馬県国保援護課長から群馬県医師会長、群馬県歯科医師会長、群馬県薬剤師会長あて以下のとおり通知されました。

## 後期高齢者医療制度に加入する福祉医療受給者に係る福祉医療費の請求について

平成20年4月から後期高齢者医療制度がスタートします。

これに併せて、後期高齢者医療制度に加入する福祉医療受給者（「高齢重度障害者（※1）」）に対して、市町村ごとに新たに設定した「公費負担者番号」（下記「市町村別公費負担者番号一覧」のとおり）を記載した受給資格者証を再発行することとなりました。（※2）

後期高齢者医療制度加入者の福祉医療費の請求については、現在検討中ですが、原則として「併用レセプト」による請求を予定しておりますので、御承知置きくださいますようお願いいたします。

### ◎市町村別公費負担者番号一覧

	現行 受給資格者証 記号 (市町村記号)	新番号 (H20.4.1 ~)	
		公費負担者番号	
		県制度対象者 (法別 77)	市町村単独制度 対象者 (法別 87)
前橋市	1	77100014	87100012
高崎市	2	77100022	87100020
桐生市	3	77100030	87100038
伊勢崎市	4	77100048	87100046
太田市	5	77100055	87100053
沼田市	6	77100063	87100061
館林市	7	77100071	87100079
渋川市	8	77100089	87100087
藤岡市	9	77100097	87100095
富岡市	10	77100105	87100103
安中市	11	77100113	87100111
みどり市	82	77100121	87100129
富士見村	14	77100535	87100533
榛東村	28	77100675	87100673
吉岡町	29	77100683	87100681
吉井町	32	77100717	87100715
上野村	35	77100741	87100749
神流町	33	77100725	87100723
下仁田町	37	77100766	87100764

	現行 受給資格者証 記号 (市町村記号)	新番号 (H20.4.1 ~)	
		公費負担者番号	
		県制度対象者 (法別 77)	市町村単独制度 対象者 (法別 87)
南牧村	38	77100774	87100772
甘楽町	39	77100782	87100780
中之条町	41	77100808	87100806
長野原町	44	77100832	87100830
嬭恋村	45	77100840	87100848
草津町	46	77100857	87100855
六合村	47	77100865	87100863
高山村	48	77100873	87100871
東吾妻町	83	77101111	87101119
片品村	51	77100907	87100905
川場村	52	77100915	87100913
昭和村	56	77100956	87100954
みなかみ町	81	77101103	87101101
玉村町	60	77100998	87100996
板倉町	66	77101053	87101051
明和町	67	77101061	87101069
千代田町	68	77101079	87101077
大泉町	69	77101087	87101085
邑楽町	70	77101095	87101093

県制度対象者：国民年金1級、身障手帳1・2級、療育手帳A  
市町村単独制度対象者：上記以外の障害をもつ者（市町村により対象範囲が異なります。）

※1 「高齢重度障害者（後期高齢者医療に加入する重度心身障害者福祉医療受給資格者）」のみ「公費負担者番号」が設定されます。（県制度対象者：法別「77」、市町村単独制度対象者：法別「87」）

母子家庭・父子家庭の資格で福祉医療を受給している人は、後期高齢者医療の加入者であっても、番号の変更はありません。（「連記式明細書」による請求となります。）

※2 各市町村からは、3月中に対象者全員に対して新たな受給資格者証を交付する予定です。（様式見本は別紙）

# 旧様式

(表 面)

<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">福</span>		福祉医療費受給資格者証		
受給資格者証記号 (市町村記号)	〇〇	受給資格者番号	7 Δ Δ Δ Δ Δ Δ	
世帯主氏名				
住 所				
受給資格者	氏 名	男・女	生年月日	備 考
			明大昭平	
			明大昭平	
			明大昭平	
			明大昭平	
			明大昭平	
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで		
発行機関名及び印				
交付年月日		年 月 日		

サイズ：B7（縦128mm 横91mm） 地：ピンク 色：黒字印刷

# 新様式（予定）

(表 面)

<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">福</span>		福祉医療費受給資格者証		
公費負担者番号	7 7 1 0 〇 〇 〇 〇	受給資格者番号	Δ Δ Δ Δ Δ Δ Δ	
世帯主氏名				
住 所				
受給資格者	氏 名	男・女	生年月日	備 考
			明大昭平	
			明大昭平	
			明大昭平	
			明大昭平	
			明大昭平	
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで		
発行機関名及び印				
交付年月日		年 月 日		

サイズ：B7（縦128mm 横91mm） 地：ピンク 色：黒字印刷

※市町村によって、多少デザインが異なります。