

国保・後期高齢以外の被保険者（連記式請求対象者）に係る高額療養費の現物給付と福祉医療の調整

◎基本ルール

- 1 社保等の対象者に対する福祉医療の現物給付額は、高額療養費自己負担限度額（区分：B（一般））まで。ただし、**税**表示がある場合には、C区分（低所得）の限度額まで。
※多数該当の場合は、多数該当の限度額（一般:44,400円、低所得:24,600円）まで
- 2 高額療養費自己負担限度額（一般）を超えた金額は、患者が医療機関窓口で現金払いする。
- 3 後日、医療保険者から各所得区分に応じた高額療養費が患者（世帯）に支給される。
- 4 2の患者窓口負担額と、3で支給された高額療養費とに差があった場合には、次のいずれかの方法で調整する。
 - ① 福祉医療現物給付額（一般区分） > 高額療養費支給額費（上位所得区分）
→差額（福祉医療費支給対象額）を、**償還払いで支給**。（患者は、市町村窓口での申請が必要）
 - ② 福祉医療現物給付額（一般区分） < 高額療養費支給額費（低所得区分）
→福祉医療費が過払いとなるため、患者は、市町村へ**過払相当額を返還**しなければならない。
（参考）福祉医療現物給付額（一般区分） = 高額療養費支給額費（一般区分） → **精算不要**

（H19年4月10日付け通知）

◎「限度額認定証」を提示された場合であっても、従来と同じ扱いとする。

→福祉医療費の現物給付額は、高額療養費自己負担限度額（区分：B（一般））まで。

ただし、**税**表示がある場合には、C区分（低所得）の限度額まで。

※多数該当の場合は、多数該当の限度額（一般:44,400円、低所得:24,600円）まで

★「限度額認定証」の所得区分がA（上位所得）の場合、医療機関では、福祉医療費現物給付額と限度額認定証による高額療養費現物給付額との差額は、患者が現金払いする。（後日精算）

○ 一部市町村及び一部医療機関における例外的運用（該当市町村が認めた場合のみ）

・「限度額認定証」の所得区分がA（上位所得）の者が、多数該当となった場合に、福祉医療費現物給付額をA区分の上限（83,400円）まで認める。

・「限度額認定証」の所得区分がA（上位所得）の者について、多数該当となっても「一般」の多数該当の限度額（44,400円）を適用せず、多数該当ではないものとして計算した額（80,100円+1%）を福祉医療現物給付額とする。ただし、この額がA区分の多数該当上限（83,400円）を超えてしまうときは、83,400円を適用する。

高額療養費の現物給付化と医療機関における福祉医療請求方法

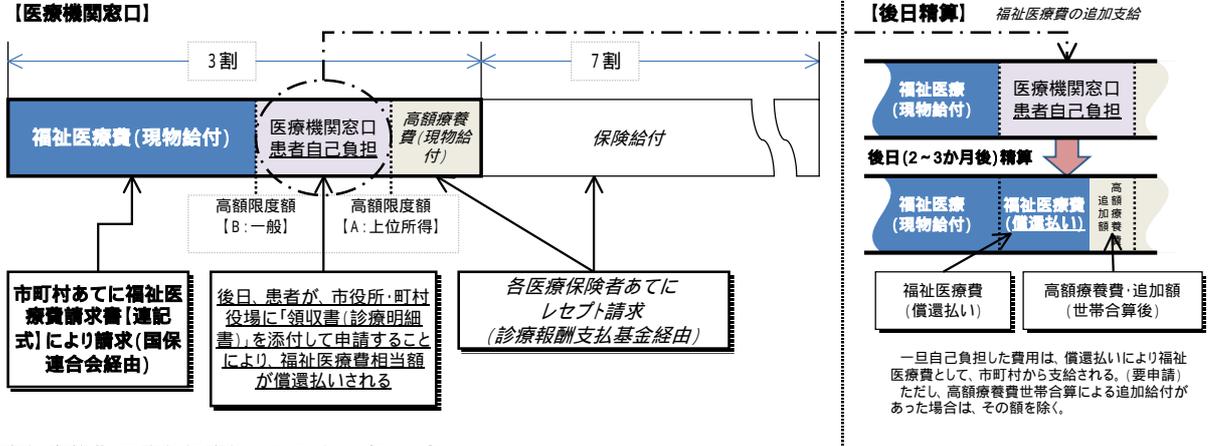
対象者：70歳未満かつ市町村国保及び後期高齢者医療保険加入者以外の福祉医療受給者

1 高額療養費の「限度額認定証」所持者の場合(入院のみ)

限度額認定証による高額療養費の現物給付額は、世帯合算前の暫定額であるため、後日、医療保険者から追加給付されることがある。…この場合、福祉医療費の精算が必要。下図は、保険医療自己負担が3割負担の場合のイメージである。

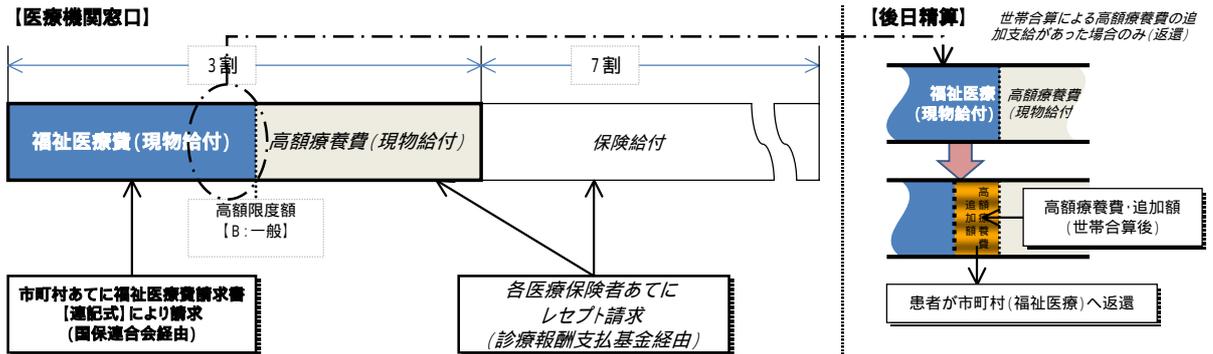
「高額療養費 限度額認定証」(A区分:上位所得)の者

- ・高額療養費区分B(一般)の自己負担限度額(多数該当の場合は44,400円)までが、福祉医療費の現物給付限度額…福祉医療[連記式]請求書
- ・保険給付(7割分)+高額療養費区分A(上位所得)の自己負担限度額(多数該当のときは83,400円)を超えた額は、法定医療給付額…診療報酬請求書(レセプト)
- ・高額療養費自己負担限度額(区分:A)と福祉医療費現物給付額(高額療養費区分B(一般))との差額…一旦、患者が窓口負担
窓口負担額のうち、高額療養費世帯合算があるときは医療保険者から後日追加支給され、更に残った額のうち福祉医療費相当額は市町村への申請により償還払いされる。



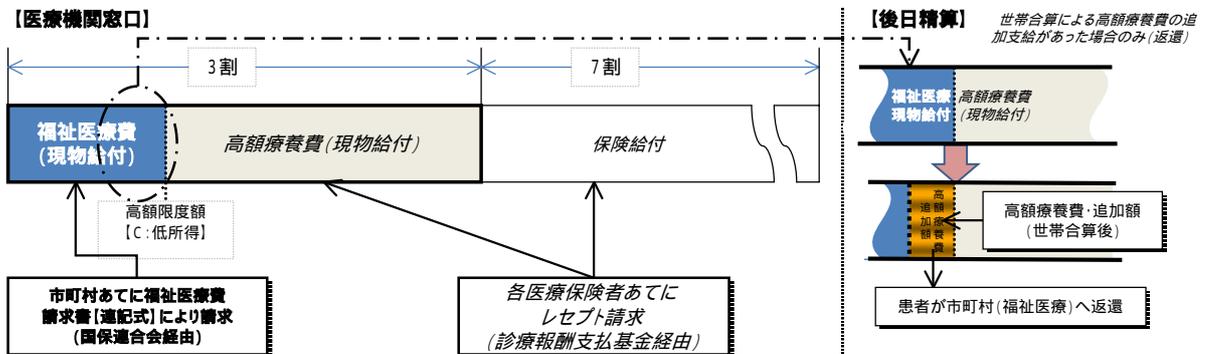
「高額療養費 限度額認定証」(B区分:一般)の者

- ・高額療養費区分B(一般)の自己負担限度額(多数該当の場合は44,400円)までが、福祉医療費の現物給付限度額…福祉医療[連記式]請求書
- ・保険給付(7割分)+高額療養費区分B(一般)の自己負担限度額(多数該当のときは44,400円)を超えた額は、法定医療給付額…診療報酬請求書(レセプト)
- ・患者の窓口負担なし
- 後日、高額療養費世帯合算等により医療保険者から患者(世帯)に高額療養費が追加支給されたときは、患者は福祉医療費過払い相当額を市町村へ返還する。



「高額療養費 限度額認定証」(C区分:低所得)の者で、かつ「福祉医療受給者証」にマル税表示がある場合

- (注)福祉医療受給資格者証には、C区分(低所得)の者について「マル税」表示をしている市町村と表示していない市町村とがある。
- ・高額療養費区分C(低所得)の自己負担限度額(多数該当の場合は24,600円)までが、福祉医療費の現物給付限度額…福祉医療[連記式]請求書
 - ・保険給付(7割分)+高額療養費区分C(低所得)の自己負担限度額(多数該当のときは24,600円)を超えた額は、法定医療給付額…診療報酬請求書(レセプト)
 - ・患者の窓口負担なし
 - 後日、高額療養費世帯合算等により医療保険者から患者(世帯)に高額療養費が追加支給されたときは、患者は福祉医療費過払い相当額を市町村へ返還する。



「高額療養費 限度額認定証」(A区分:上位所得)の者なのに、「福祉医療受給者証」にマル税表示がある場合

- ・あり得ない組み合わせのため、どちらかが誤っている。(関係機関へ照会・確認のうえ、個別対応された。)。

「高額療養費 限度額認定証」(B区分:一般)の者なのに、「福祉医療受給者証」にマル税表示がある場合

- ・あり得ない組み合わせのため、どちらかが誤っている。(関係機関へ照会・確認のうえ、個別対応された。)。

「高額療養費 限度額認定証」(C区分:低所得)の者なのに、「福祉医療受給者証」にマル税表示がない場合

- (注)福祉医療受給資格者証には、C区分(低所得)の者について「マル税」表示をしている市町村と表示していない市町村とがある。
- ・福祉医療費受給資格者証の発行市町村に「マル税」表示実施の有無を確認のうえ、取り扱いを協議されたい。
 - ・なお、「マル税」表示実施市町村の患者である場合には、所得区分が不一致ということとなるため、どちらかが誤っている。(、同様個別対応された。)

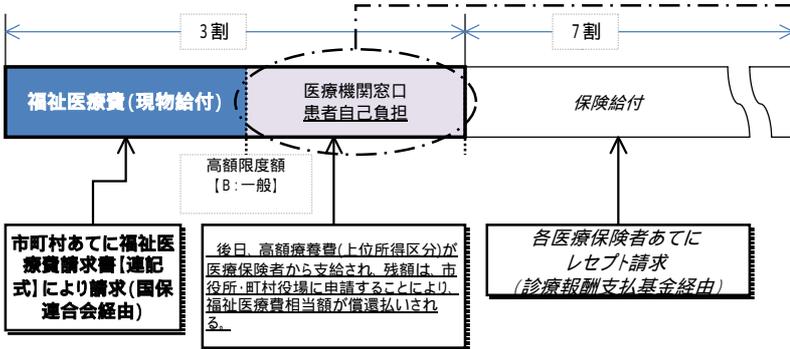
2 高額療養費の「限度額認定証」の提示がない者の場合（入院外と同じ）

各所得区分に応じた高額療養費が、後日、医療保険者から給付されるので、福祉医療費の精算が必要となる。
 下図は、保険医療自己負担が3割負担の場合のイメージである。

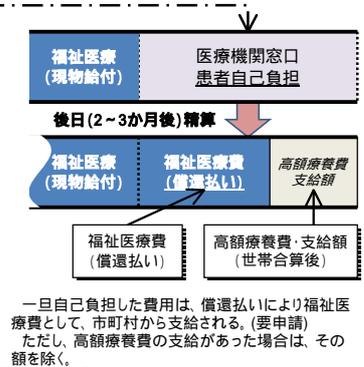
「福祉医療費受給資格者証」にマル税表示がない者 のうち 高額療養費自己負担限度額がA区分(上位所得)の者

- ・高額療養費区分B(一般)の自己負担限度額(多数該当の場合は44,400円)までが、福祉医療費の現物給付限度額…福祉医療(連記式)請求書
 - ・保険給付額(7割分)…診療報酬請求書(レセプト)
 - ・福祉医療費現物給付額(高額療養費区分B(一般))を超えた額…一旦、患者が窓口負担
- 窓口負担額のうち、高額療養費があるときは医療保険者から後日追加支給され、更に残ったうち福祉医療費相当額は市町村への申請により償還払いされる。

【医療機関窓口】



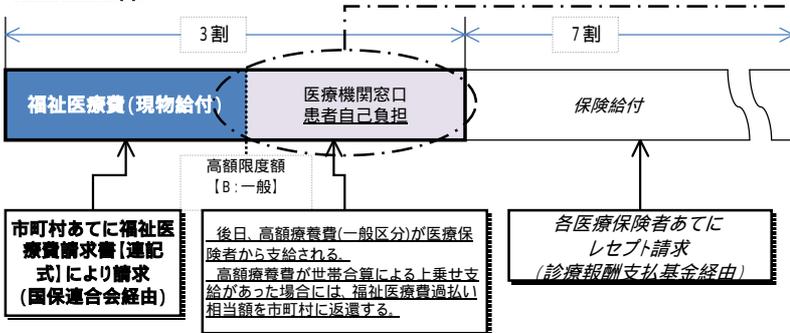
【後日精算】



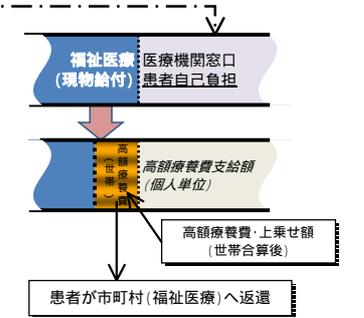
「福祉医療費受給資格者証」にマル税表示がない者 のうち 高額療養費自己負担限度額がB区分(一般)の者

- ・高額療養費区分B(一般)の自己負担限度額(多数該当の場合は44,400円)までが、福祉医療費の現物給付限度額…福祉医療(連記式)請求書
 - ・保険給付額(7割分)…診療報酬請求書(レセプト)
 - ・福祉医療費現物給付額(高額療養費区分B(一般))を超えた額…一旦、患者が窓口負担
- 窓口負担額は、後日、高額療養費として医療保険者から支給される。
 なお、世帯合算等により高額療養費が上乗せ支給されたときは、患者は福祉医療費過払い相当額を市町村へ返還する。

【医療機関窓口】



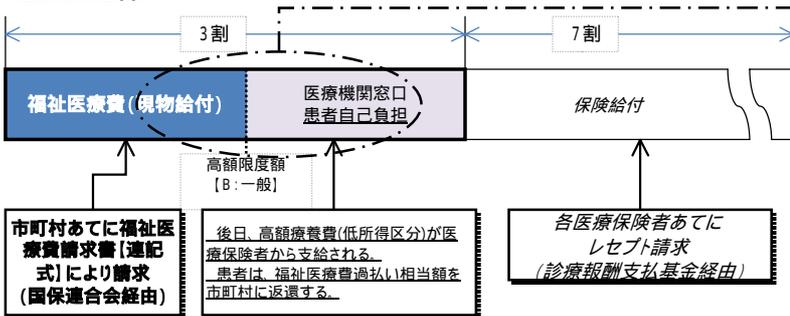
【後日精算】



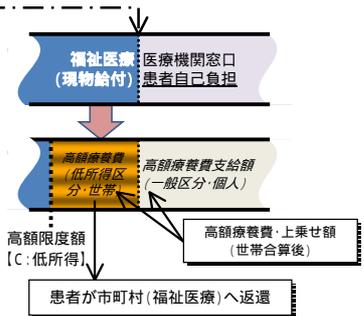
「福祉医療費受給資格者証」にマル税表示がない者 のうち 高額療養費自己負担限度額がC区分(低所得)の者

- ・高額療養費区分B(一般)の自己負担限度額(多数該当の場合は44,400円)までが、福祉医療費の現物給付限度額…福祉医療(連記式)請求書
 - ・保険給付額(7割分)…診療報酬請求書(レセプト)
 - ・福祉医療費現物給付額(高額療養費区分B(一般))を超えた額…一旦、患者が窓口負担
- 後日、高額療養費(低所得区分)が医療保険者から支給される。(非課税証明等の添付が必要)
 所得区分の違いにより、福祉医療費現物給付額が過払いになるため、患者は過払い相当額を市町村へ返還する。

【医療機関窓口】



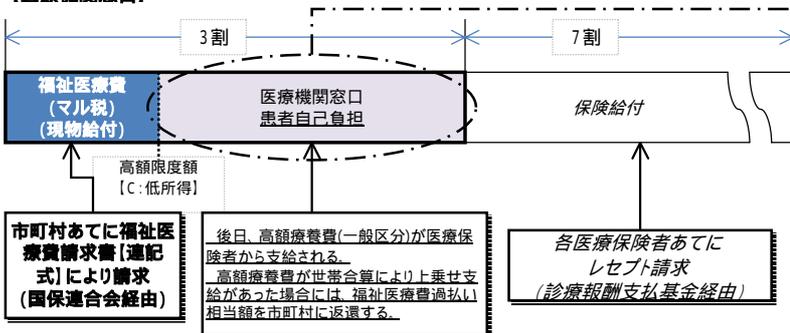
【後日精算】



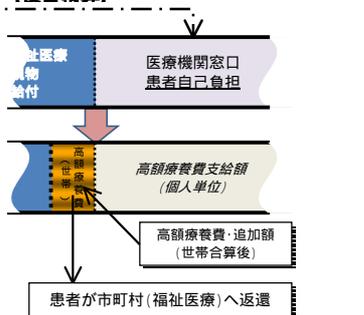
「福祉医療費受給資格者証」にマル税表示がある者 (= 高額療養費自己負担限度額がC区分(低所得)の者)

- (注)福祉医療費受給資格者証には、C区分(低所得)の者について「マル税」表示をしている市町村と表示していない市町村とがある。
- ・高額療養費区分C(低所得)の自己負担限度額(多数該当の場合は24,600円)までが、福祉医療費の現物給付限度額…福祉医療(連記式)請求書
 - ・保険給付額(7割分)…診療報酬請求書(レセプト)
 - ・福祉医療費現物給付額(高額療養費区分C(低所得)の自己負担限度額(多数該当のときは24,600円)を超えた額)…一旦、患者が窓口負担
- 窓口負担額は、後日、高額療養費として医療保険者から支給される。
 なお、世帯合算等により高額療養費が上乗せ支給されたときは、患者は福祉医療費過払い相当額を市町村へ返還する。

【医療機関窓口】



【後日精算】



(医療機関からの請求方法イメージ)

高額療養費 限度額認定証(対象:入院のみ)

限度額認定証 (入院のみ)	A(上位所得) 標準報酬月額 53万円以上	B(一般)	C(低所得) 市町村民税非課税世帯
自己負担限度額 (多数該当の場合)	150,000円+(医療費総額-500,000円)×1% 83,400円	80,100円+(医療費総額-267,000円)×1% 44,400円	35,400円 24,600円

福祉医療受給資格者証

福祉医療受給者証	「マル税」表示なし	「マル税」表示あり 市町村民税 非課税世帯
福祉医療 現物給付対象額 (多数該当の場合)	80,100円+(医療費総額-267,000円)×1% 44,400円	35,400円 24,600円

医療機関等での請求先区分(事例)

(前提・各パターン共通)

患者			医療費等	
年齢	医療保険	自己負担割合	診療内容	総費用(1か月)
70歳未満	社保等 (いわゆる福祉医療 [連記式]請求の者)	3割	入院	900,000円

[標準パターン例]

医療機関等は、次の標準パターン例(パターン1~3)に応じて、医療保険者及び市町村(福祉医療)、または患者に請求する。

パターン 1		医療保険診療報酬 (レセプト請求)分 (7割分)	(高額療養 費現物分)	福祉医療[連記式] 請求分	患者窓口 負担分	計(総費用)
限度額認定証	A(上位)	630,000	116,000	86,430	67,570	900,000
福祉医療受給者証	「マル税」表示なし					

パターン 2		医療保険診療報酬 (レセプト請求)分 (7割分)	(高額療養 費現物分)	福祉医療[連記式] 請求分	患者窓口 負担分	計(総費用)
限度額認定証	B(一般)	630,000	183,570	86,430	0	900,000
福祉医療受給者証	「マル税」表示なし					

パターン 3		医療保険診療報酬 (レセプト請求)分 (7割分)	(高額療養 費現物分)	福祉医療[連記式] 請求分(マル税)	患者窓口 負担分	計(総費用)
限度額認定証	C(低所得)	630,000	234,600	35,400	0	900,000
福祉医療受給者証	「マル税」表示あり					

[区分不一致パターン例]

医療機関では、次の区分不一致パターン例(パターン4~6)のときは、福祉医療受給者証発行した市町村に照会する。

パターン 4	
限度額認定証	A(上位所得)
福祉医療受給者証	「マル税」表示あり

パターン 5	
限度額認定証	B(一般)
福祉医療受給者証	「マル税」表示あり

パターン 6	
限度額認定証	C(低所得)
福祉医療受給者証	「マル税」表示なし

→ 限度額認定証の所得段階区分または福祉医療受給者証の「マル税」表示のどちらかが誤っている。

→ 次の または のどちらかが考えられる。
限度額認定証の所得段階区分または福祉医療受給者証の「マル税」表示のどちらかが誤っている。

のどちらかが誤っている。

市町村が福祉医療受給者証の「マル税」表示を実施していない。

【その他のパターン例】

医療機関等は、次のパターン例に応じて、医療保険者及び市町村（福祉医療）、または患者に請求する。

前記の標準パターン1～3の証の組み合わせの場合で、**多数該当**のとき

-多	パターン 1-多		医療保険診療報酬 (レセプト請求)分		福祉医療【連記式】 請求分(多)	患者窓口 負担分	計(総費用)
			(7割分)	(高額療養費 現物分(多))			
限度額認定証		A(上位)	630,000	186,600	44,400	39,000	900,000
福祉医療受給者証		「マル税」表示なし					
-多	パターン 2-多		医療保険診療報酬 (レセプト請求)分		福祉医療【連記式】 請求分(多)	患者窓口 負担分	計(総費用)
			(7割分)	(高額療養費 現物分(多))			
限度額認定証		B(一般)	630,000	225,600	44,400	0	900,000
福祉医療受給者証		「マル税」表示なし					
-多	パターン 3-多		医療保険診療報酬 (レセプト請求)分		福祉医療【連記式】 請求分(マル税) (多)	患者窓口 負担分	計(総費用)
			(7割分)	(高額療養費 現物分(多))			
限度額認定証		C(低所得)	630,000	245,400	24,600	0	900,000
福祉医療受給者証		「マル税」表示あり					

高額療養費の限度額認定証の提示が無い場合（入院外と同じ扱い）

パターン 7		医療保険診療報酬 (レセプト請求)分		福祉医療【連記式】 請求分	患者窓口 負担分	計(総費用)
		(7割分)				
福祉医療受給者証		「マル税」表示なし	630,000	86,430	183,570	900,000

「一般」の区分による高額療養費自己負担限度額まで

後日、所得区分に応じた高額療養費が医療保険者からの支給される。
この額に応じて、福祉医療費を精算(上位所得の場合:追加支給、低所得の場合:返還)

高額療養費の限度額認定証の提示が無い場合（入院外と同じ扱い）

パターン 3-多		医療保険診療報酬 (レセプト請求)分		福祉医療【連記式】 請求分(マル税)	患者窓口 負担分	計(総費用)
		(7割分)	(高額療養費 現物分(多))			
福祉医療受給者証		「マル税」表示あり	630,000	35,400	234,600	900,000

「低所得」の区分による高額療養費自己負担限度額まで

- (イ) 受給資格者番号
- (ウ) 有効期間
- (エ) その他、交付条件等（高額療養費限度額区分、入・通院の区分など）
- (オ) 受給資格者証を交付しない場合の代替方法及び申請者への通知等の経過

エ 受給資格者証記載事項等の変更状況

- (ア) 受給資格変更届書の受理状況（届出受理日、届出者の住所、氏名、続柄）
 - (イ) 変更内容及び事由
 - (ウ) 変更年月日
 - (エ) その他、受給資格者証の変更に関する特記事項（再交付・修正の別、処理日等）
- (2) 重度心身障害者（高齢重度障害者を含む。）について、第3 第6項第2号の規定により掲示及び写しを添付された障害の程度を証する書類に、次回診断書提出年月日、再認定日、次の判定年月及びこれらに準ずる月日（以下「有期」という。）の記載があるときは、台帳の他に有期を記載した補助簿を作成する等により、有期後の障害程度の確認漏れ等のないよう管理すること。

5 受給資格者証等取扱い

(1) 受給資格者証の有効期間

受給資格者証の有効期間は、次のとおりとする。

ア 要綱第3条第1項第1号に規定する「子ども」

資格取得日（出生日、転入日等）又は更新認定の日から、15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間において、市町村長が別に定める期間とする。

イ 要綱第3条第1項第2号に規定する「重度心身障害者」

資格取得日（認定日、転入日等）又は更新認定の日から、次に掲げる日のいずれか早い日までの間において、市町村長が別に定める期間とする。なお、この場合、原則として終期は7月31日とすること。

(ア) 受給資格者証交付日（更新の場合は更新後の有効期間の初日）から3年を経過する日

(イ) 第3 第6項の規程で提示又は添付された書類に次回診断書提出年月日、再認定日、次の判定日又はこれらに準ずる年月日の記載があるときは、当該年月日の前日（当該記載が月をもってなされている場合は、当該月（年金証書の次回診断書提出年月については当該月の3ヶ月後）の末日）

(ウ) 有効期間中に高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第50条又は第55条の規程により後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者となる者にあつては、当該被保険者となる日の前日

ウ 要綱第3条第1項第3号に規定する「高齢重度障害者」

資格取得日、重度心身障害者が高齢者医療確保法第50条又は第55条の規定により後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者となったときは当該被保険者となった日又は更新認定の日から、次に掲げる日のいずれか早い日までの間において、市町村長が別に定める期間とする。なお、この場合、できる限り終期は7月31日とすること。

(ア) 受給資格者証交付日(更新の場合は更新後の有効期間の初日)から3年を経過する日

(イ) 第3 第6項の規程で提示又は添付された書類に次回診断書提出年月日、再認定日、次回の判定日又はこれらに準ずる年月日の記載があるときは、当該年月日の前日(当該記載が月をもってなされている場合は、当該月(年金証書の次回診断書提出年月については当該月の3ヶ月後)の末日)

エ 要綱第3条第1項第4号から第6号までに規定する「母子家庭の母及び児童」、「父子家庭の父及び児童」又は「父母のない児童」(以下「母子家庭等」という。)

資格取得日又は更新の場合は更新前の有効期間の翌日から、最初に到来する7月31日までの期間とする。ただし、その期間が1年以内であれば市町村長が別に期間満了日を定めることを妨げない。

(2) 受給資格の取得及び喪失日と受給資格者証の有効期間との相違に伴う取扱い

ア 有効期間満了前の資格喪失

有効期間満了前に資格喪失となった場合は、有効期間にかかわらず資格喪失日の前日までを福祉医療の支給対象とする。(第3条第5項第2号ウのただし書きによる場合を除く。)

資格喪失日以後に、受給資格者証を使用していた場合は、当該者から福祉医療費相当額を返還させなければならない。

イ 資格取得日から受給者証有効期間の始期までの取扱い

資格取得日より有効期間の開始日が遅い場合は、資格取得日から有効期間開始日の前日までの間は、償還払いにより対応すること。

例えば、月の途中の資格取得者に対して交付する受給資格者証の有効期間の始期を翌月の初日とした場合に、資格取得日から当該月の月末までは償還払いとするなど。

(3) 公費負担者番号及び市町村記号

ア 公費負担者番号

次のとおり、8桁の公費負担者番号とする。

番号の設定方法は「保険者番号の設定について」(昭和51年8月7日付け保発第45号、庁保発第34号)に定める方法によるものとする。

※前橋市については一部未適用(未適用区分は市町村記号を使用)

法別番号	県番号	市町村番号	検証番号
	1 0		

(ア) 法別番号

区 分	法別番号	区 分	法別番号
子ども(県補助・市町村共通)	7 2		
重度心身障害者(県補助)	7 0	重度心身障害者(市町村単独)	8 0
高齢重度障害者(県補助)	7 7	高齢重度障害者(市町村単独)	8 7
母子家庭等(県補助)	7 8	母子家庭等(市町村単独)	8 8
父子家庭(県補助)	7 6	父子家庭(市町村単独)	8 6

(イ) 市町村番号(国保の市町村番号)

市町村名	番号	市町村名	番号	市町村名	番号	市町村名	番号
前橋市	001	富岡市	010	甘楽町	078	昭和村	095
高崎市	002	安中市	011	中之条町	080	みなかみ町	110
桐生市	003	みどり市	012	長野原町	083	玉村町	099
伊勢崎市	004	榛東村	067	嬭恋村	084	板倉町	105
太田市	005	吉岡町	068	草津町	085	明和町	106
沼田市	006	神流町	072	高山村	087	千代田町	107
館林市	007	上野村	074	東吾妻町	111	大泉町	108
渋川市	008	下仁田町	076	片品村	090	邑楽町	109
藤岡市	009	南牧村	077	川場村	091		

(ウ) 検証番号

検証番号は、次により算出した数字とする。

- ① 法別番号、県番号及び市町村番号の各数に、末尾の桁（検証番号を除いた右端桁）を起点として順次、2と1を乗じ、各桁の積の和を求める。ただし、積が2桁になる場合は2桁を独立の桁の数字として扱い、1桁目と2桁目の数字の和とする。
- ② 10から、①で算出した「和」の下1桁の数を引いた残りを検証番号とする。
なお、1の位の数があるときは、検証数字は0とする。

イ 市町村記号（公費負担者番号化への対応前に限る）

市町村記号は、次表による市町村別の数字とする。

市町村名	記号
前橋市	1

(4) 受給資格者番号

受給資格者番号は7桁とし、市町村ごとに任意の番号を定めるものとする。ただし、末尾1桁は検証番号とする。検証番号は前号ア(ウ)の例により定める。

【参考】公費負担者番号化前の設定規則

上位1桁は子ども、重度心身障害者及び母子家庭等の分類を示し、中位2桁は暦年区分を、下位4桁は県補助事業対象分、市町村単独事業対象分を表示することとし、その分類は次によるものとする。

ただし、当該受給資格者番号による分類以外の方法により、各市町村において各区分を分類できる場合は、任意の番号とすることも可能とする。

① 子ども、重度心身障害者、母子家庭等の分類番号

重度心身障害者（児）	0				
子	ど	も	2		
母	子	家	庭	等	8
父	子	家	庭	9	

② 高齢重度障害者の分類番号

市町村ごとに任意の番号を定めることとする。ただし、「保険者番号等の設

定について（昭和51年8月7日保発第45号・庁保発第34号）」のうち「第3 公費負担医療の受給者番号」の例により末尾1桁は検証番号とする。

③ 暦年区分番号（高齢重度障害者を除く）

63、01、02、03等に表示する。

④ 県補助事業、市町村単独事業の分類番号（高齢重度障害者を除く）

県補助事業対象分 …………… 1001番から

市町村単独事業対象分 …………… 5001番から

6 その他、受給資格者証の留意事項

(1) 重度心身障害者が高齢者医療確保法第50条又は第55条の規定により後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者となった場合は、高齢重度障害者用の受給資格者証に差し替えるものとする。

(2) 市町村民税非課税者の~~税~~の表示（市町村国保又は後期高齢者医療の被保険者以外の者に限る）

受給資格者が市町村が実施する国民健康保険（以下「市町村国保」という。）の被保険者及び群馬県後期高齢者医療広域連合（以下「群馬県広域連合」という。）が行う後期高齢者医療の被保険者以外の者である場合は、当該受給資格者等の同意を得て、当該受給資格者にかかる被保険者等の市町村民税について、毎年8月時点で、当該年度の課税状況（前年中の所得に係る課税状況）を把握し、台帳に記載しておくこと。

上記の者に対して受給資格者証を交付する場合、当該年度の市町村民税（4月から7月までにあつては前年度の市町村民税）が課税されない者にあつては、受給資格者証の~~福~~の記号の右に~~税~~の表示をすること。

また、受給資格者証の交付後において、課税状況の変更があつた場合は、速やかに受給資格者証の訂正を行うこと。

課税状況の変更等により~~税~~の表示を追加するときは、福祉医療費の返還義務が生ずる場合があるので取扱に注意すること

第5 福祉医療費の支給

1 現物給付のときの請求・支払

(1) 医療機関等（柔道整復師を除く）の請求方法について

市町村長は、県内の医療機関等に対する福祉医療費の審査支払の事務を審査支払機関（群馬県国民健康保険団体連合会）に委託して行うものとする。

医療機関等が、福祉医療受給資格者にかかる医療費等の一部負担金の額を請求するときは、各市町村が委託した審査支払機関が指定する「請求書及び明細書等」を審査支払機関に提出して行うものとする。

なお、福祉医療受給資格者が加入する医療保険の種類等別の明細書の種類は次のとおり。

ア 市町村国保 国保と福祉医療の併用明細書

イ 後期高齢者医療（高齢重度障害者） 後期高齢者医療と福祉医療の併用明細書

- ウ 上記ア・イ以外 福祉医療費【連記式】明細書
- エ 障害者自立支援法等公費負担医療受給者（高齢重度障害者を除く） 医療保険の種類にかかわらず、福祉医療費【連記式】明細書
- (2) 福祉医療費【連記式】明細書による福祉医療費請求額について
- ア 社会保険等の被保険者等又は被扶養者で、一般・上位所得者の高額療養費に係る福祉医療費については、一般の自己負担限度額までの請求とする。㊦者の高額療養費に係る福祉医療費については、福祉医療費【連記式】明細書の備考欄に原則として㊦と表示し、低所得者の自己負担限度額までの請求とする。
- イ 70歳以上の者（市町村国保及び後期高齢者医療の被保険者を除く）に係る福祉医療費【連記式】明細書による請求額は、「高齢受給者に係る高額療養費の支払いに関する特例（入院療養等に係る高額療養費現物給付の扱い。）」が適用される場合には、当該特例の適用後の額とする。つまり、当該受給者が福祉医療の受給者でなかったとすれば窓口で支払わなければならなかったはずの額を請求額とする。
- (3) 柔道整復にかかる療養費の請求方法について（代理受領委任払い方式による現物給付）
- ア 群馬県接骨師会の会員の場合
県接骨師会と県内市町村長から委任を受けた群馬県知事との委託契約書に基づき、次のとおり実施。
- ① 会員の柔道整復師は、県接骨師会に福祉医療費支給申請書（所定様式）を送付する。
- ② 県接骨師会は、申請書を取りまとめて審査機関(国保連合会又は協会けんぽ)で内容の審査を受けた後、市町村へ送付する。
- ③ 市町村は、審査会の審査のほか必要な点検等をした上で福祉医療費の額を決定し、受給資格者から受領委任を受けた各柔道整復師等に、当該福祉医療費の額を支払う。
- イ 群馬県接骨師会の会員以外の場合
受給資格者及び保護者等から福祉医療費の受領委任を受けた柔道整復師が、受給資格者及び保護者等に代わって、直接、市町村長に、任意の様式で福祉医療費の支給を申請する。

2 償還払いのときの支給申請

(1) 申請

受給資格者が県外の保険医療機関等で受診した場合等で、医療機関等に一部負担金を支払った場合において、福祉医療費の支給を受けようとするときは、受給資格者又は保護者等は当該保険診療内容について医療機関で証明を受け、又は証明できる書類を添付して市町村長へ申請しなければならない。

なお、申請に必要な医療機関等による保険診療の証明内容は次のとおり。

- ア 受診した受給資格者の氏名
- イ 診療年月
- ウ 診療月別の入・通院別の診療日数

- エ 診療月別の保険診療総点数
- オ 診療月別の窓口徴収金（一部負担金、標準負担額、他法による費用徴収額）
- カ 交通災害ほか、受診者の費用徴収に関する状況
- キ その他市町村長が必要と認めるもの

（例）健康保険組合から発行される「高額療養費支給決定通知書」等

医療保険が市町村国保又は後期高齢者医療以外の被保険者のときは、高額療養費（世帯合算含む）の支給決定後の額（附加給付がある場合は、高額療養費及び附加給付として支給決定された額を、医療機関等に支払った一部負担金から差し引いた額）を福祉医療費として決定して支給すること。

(2) 端数処理の取扱い（償還払い時のみ）

医療機関の窓口で支払う一部負担金の額は、医療保険各法の規定により、5円未満の端数がある時は切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げることとされているので、福祉医療費の支給額もこれに従って端数処理する。（医療保険各法により端数処理された額、すなわち、受給資格者及び保護者等が医療機関等に実際に支払った額を福祉医療対象額とする。）

なお、高額療養費の給付や、附加給付があるときは、この額から高額療養費等の支給額を差し引いて支払うこと。

（平成14年3月27日付け国援第203-2号国保援護課長通知参照）

3 第三者行為に係る福祉医療の取扱い

市町村長は、受給資格者が療養を受けようとする疾病又は負傷が第三者の行為によって生じたものかどうかについて、できる限り把握に努めること。

受給資格者が療養を受けようとする疾病又は負傷が第三者行為による疾病又は負傷である場合には、直ちに、受給資格者及び保護者等から、被害状況等を記載した書面（以下、「第三者の行為による被害届書」という。）により市町村長へ届け出させること。

「第三者行為による被害届出書」による記載事項は、次のとおり。

- ア 受給資格者の状況（氏名、生年月日、性別、公費負担者番号及び受給資格者番号）
- イ 事故の内容（事故発生年月日、事故発生の場所、事故発生の原因及びその状況）
- ウ 疾病又は負傷の状況
- エ 福祉医療の受給状況（受給の有無、受給済みの場合：受給年月及び金額等）
- オ 第三者（加害者）の状況（氏名、住所、勤務先及び連絡先の電話番号）
- カ 第三者の代理人の状況（氏名、住所、連絡先電話番号及び保険会社等の名称）
- キ 示談の有無及びその状況（示談があった場合は示談書の内容（写し添付が望ましい。））
- ク 損害賠償金の状況（金額及び受領年月日）
- ケ その他市町村長が必要と認める事項

なお、市町村長が、第三者行為による被害を受けた受給者に対し、社会保険関係各法を使用して治療を受けるのに併せて福祉医療費の現物給付を受けることを認める場合には、「第三者の行為による被害届書」とともに第三者行為に係る損害賠償額の請求及び受領についての委任状（別紙1）を提出させること。

4 福祉医療費の返還等

市町村長は、受給者が社会保険関係各法による高額療養費（世帯合算、多数該当等含む）及び附加給付等の適用を受けるときや他制度等により一部負担金に対する支給があったときなど、福祉医療費が過大に支給されることとなるときは、精算を行わなければならない。

なお、市町村長は、福祉医療費の支給額決定のために必要な所得状況等の調査に関する同意、並びに高額療養費等が生じた場合の申請及び受領についての同意を、受給資格者及び保護者等から得ておくこと。（受給資格者証交付申請書に同意欄を設け、申請受付時に同意を得ることが望ましい。）

(1) 市町村国保の被保険者

ア 高額療養費

現物給付済みの各受給者について、福祉医療費請求書（併用レセプト）に基づき、各高額療養費算定基準額（所得区分別、世帯合算・多数該当の適用を含む）を超える額と福祉医療費との差額（返還額）を計算し、当該返還額を市町村国保から受け入れる。

（世帯合算による精算額算出の計算は【表1】の①を参照のこと）

イ その他、各種一部負担金に関する支給等

現物給付済みの各受給者について、各種制度等により一部負担金に係る支給があったとき（併用レセプトによる各種公費負担医療制度による支給を除く）や一部負担金の減額変更があったときは、福祉医療費の過大支給済み額を計算し、受給資格者又は保護者等や医療機関等から返還させる。

（例）・日本スポーツ振興センター法に基づく医療費の災害共済給付の支給

- ・高額介護合算療養費の支給
- ・損害賠償金の補填
- ・入院時食事療養標準負担の差額支給
- ・その他、医療費の過誤等により、自己負担額に減額変更があった場合など

(2) 後期高齢者医療の被保険者

ア 高額療養費

現物給付済みの各受給者について、福祉医療費請求書（併用レセプト）に基づき各高額療養費算定基準額（所得区分別、世帯合算・多数該当の適用を含む）を超える額と福祉医療費との差額（返還額）を計算し、当該返還額を群馬県広域連合から受け入れる。

なお、当該返還に当たっては、高額療養費等の代理受領に係る委任状（別紙2）を受給資格者から徴取し、当該高額療養費等の受給者に代わって群馬県広域連合に請求を行うこと。（月毎の請求額（返還額）の計算は、審査支払機関である国保連合会にて実施される。）

市町村は、必要に応じて受給者台帳等により点検・確認すること。（世帯合算による精算額算出の計算は【表1】の②を参照のこと）

イ その他、各種一部負担金に関する支給等

現物給付済みの各受給者について、各種制度等により一部負担金に係る支給があったとき（併用レセプトによる各種公費負担医療制度による支給を除く）や一部負担金の減額変更があったときは、福祉医療費の過大支給済み額を計算し、受給資格者又は保護者等や医療機関等から返還させる。

- (例) ・高額介護合算療養費の支給
- ・損害賠償金の補填
 - ・入院時食事療養標準負担の差額支給
 - ・その他、医療費の過誤等により、自己負担額に減額変更があった場合など

(3) 市町村国保又は後期高齢者医療の被保険者以外の者（社保等の被保険者等）

ア 高額療養費

市町村長は、福祉医療を現物給付した受給資格者にかかる「高額療養費の世帯合算や多数該当による高額療養費支給額の確定」に伴う福祉医療費の精算（返還等）の有無について、把握に努めるものとする。

この場合、高額療養費の把握に必要な所得状況等の調査に関する同意を、受給資格者及び保護者等から得ておくこと。（受給資格申請書に同意欄を設け、申請受付時に同意を得ることが望ましい。）

市町村長は、高額療養費の世帯合算や多数該当の適用等により福祉医療費が過大に支給されると見込まれるときは、受給資格者及び保護者等から「高額療養費等該当届書（別記様式第3号）」を提出させ、福祉医療費の精算方法（返還）を確認すること。

高額療養費の世帯合算や多数該当の適用等により、給付済みの福祉医療費（現物給付を含む）について返還が必要となったときは、返還が生じた理由と返還対象額の内訳を記した「福祉医療費返還届書」を受給資格者及び保護者等から徴するとともに、返還させるべき金額を計算し、受給資格者又は保護者等から返還させるものとする。

具体的な把握方法、調査方法及び精算方法等は、次のとおり。

(ア) 所得段階区分に関する精算

① 市町村民税非課税者（低所得者）の受給資格者証に $\textcircled{\text{税}}$ の表示を行わない市町村

医療機関等は、高額療養費の「一般」の自己負担限度額まで福祉医療費として請求し、同額が審査支払機関（国保連合会）から支払われるため、受給資格者が市町村民税非課税者のときには、福祉医療費が過払いとなる。

この場合、当該過払いとなった福祉医療費の額を、受給資格者及び保護者等から返還させなければならない。

② 低所得者以外の者

一般・上位所得の区分にかかわらず「一般」の自己負担限度額までを現物給付対象としているため、上位所得者については福祉医療費の支払不足が生ずる。

この場合、当該不足分については、申請に基づく償還払い方式により差額

を精算支給するものとする。

(イ) 世帯合算（併せて多数該当の適用を受ける場合を含む。）

毎月、福祉医療請求書（連記式レセプト）の中から、世帯合算対象基準21,000円以上の自己負担（3割負担の場合は7,000点以上）となる請求内容を抽出し、台帳（補助簿）等を作成して記載する。

記載したものについて、当該受給者世帯の課税状況、世帯員の診療状況、過去の受診状況等を確認し、高額療養費の自己負担限度額の所得区分との適合、世帯合算の可能性、多数該当による高額療養費自己負担額の軽減の有無等について調査する。

調査の結果、給付済みの福祉医療費について返還が必要となったときは、受給資格者及び保護者等から返還させること。（精算額算出の計算は【表1】の③を参照のこと）

【表1】世帯合算による精算額（返還金）の計算方法

① 市町村国保世帯

$$F = A \times C / B \qquad H = G - F$$

② 後期高齢者医療世帯

$$F = A \times C' / B \qquad H = G - F$$

③ 市町村国保又は後期高齢者医療以外の世帯

$$F = A \times (D + E) / B \qquad H = D - F$$

④ 記号の意義

A：当該世帯の負担限度額

B：当該世帯の被保険者等（福祉医療受給者を含む）の世帯合算対象となる一部負担金相当額

C：市町村国保福祉医療受給者の世帯合算対象となる一部負担金相当額（福祉医療費支給額）

C'：後期高齢者医療福祉医療受給者の世帯合算対象となる一部負担金相当額（福祉医療費支給額）

D：市町村国保又は後期高齢者医療以外福祉医療受給者に対する世帯合算対象となる福祉医療費の支給額

E：市町村国保又は後期高齢者医療以外福祉医療受給者窓口負担額（一部負担金相当額が高額療養費の一般又は低所得者の自己負担限度額（多数該当後の自己負担限度額を含む。）を超えたために窓口で支払った額）

F：福祉医療負担額

G：国保連処理額（各個人の高額療養費分減額済みで世帯合算前の福祉医療費）

H：市町村国保、後期高齢者広域連合又は受給者との精算額

この計算により円未満に端数が生じたときは、小数点以下第1位を四捨五入すること。

他の公費負担医療と併用の場合、社会保険各法等により一部負担金相当額（福祉医療費支給額）が世帯合算の対象となる場合には、当該福祉医療費支給額を世帯合算の対象とする。

(ウ) 多数該当（(イ)に該当する場合を除く。）の適用

受給資格者又は保護者等から「高額療養費等該当届書」（別記様式第 号）を、市町村長に提出させるなどの方法により、高額療養費の多数該当が適用された場合における福祉医療費の精算方法（返還）を事前に確認することが望ましい。

なお、当該届書等により確認する精算方法は、次の①又は②のどちらかとする。

- ① 福祉医療費の現物給付は、多数該当適用後の自己負担限度額までとし、これを超える額は受給者が医療機関窓口で支払をする方法。（届書の「2 多数該当 ア」を選択）

なお、この①の方法を選択した場合における県内医療機関での取扱いは、別添「多数該当に関する事務取扱方法」とおりとする。

また、この場合であっても、現に精算すべき福祉医療費があるときには、受給資格者及び保護者等から返還させること

- ② 福祉医療費の現物給付は、多数該当適用前の自己負担額限度額までとし、多数該当適用により自己負担額が軽減されたときに、その差額分を受給者が市町村へ返還する方法（届書の「2 多数該当 イ」を選択）

なお、現に精算すべき福祉医療費があるとき又は療養による福祉医療費の支給が負担軽減後の額を超えるときは、福祉医療費返還届書を市町村長に提出させ、受給資格者及び保護者等から返還させること。

イ 附加給付

福祉医療費の現物給付を受けた受給資格者について、社会保険関係各法により療養の給付等にかかる附加給付があるときは、福祉医療費返還届書を市町村長に提出させ、当該福祉医療支給済み額を返還させること。

なお、この場合において、市町村長は、受給資格者又は保護者等に附加給付代理受領に係る委任状（別紙3）を提出させ、当該委任状に基づき各保険者あてに附加給付に係る給付金の請求をすること。

また、この方法によらないときは受給資格者又は保護者等から、直接返還させること。

ウ その他、各種一部負担金に関する支給等

現物給付済みの各受給者について、各種制度等により一部負担金に係る支給があったときや一部負担金の減額変更があったときは、福祉医療費の過大支給済み額を計算し、受給資格者又は保護者等や医療機関等から返還させる。

（例）・日本スポーツ振興センター法に基づく医療費の災害共済給付の支給

- ・高額介護合算療養費の支給
- ・損害賠償金の補填
- ・入院時食事療養標準負担の差額支給
- ・その他、医療費の過誤等により、自己負担額に減額変更があった場合など

第6 その他

- 1 市町村におけるこの制度による医療に関する予算科目は、次のとおりとする。

高額療養費等該当届書

年 月 日

市（町村）長 様

受給資格者証番号

住 所

氏 名

印

年 月診療分から次の○印を付した高額療養費等に該当し、社会保険関係各法により自己負担額が軽減されると思われますので条例第9条第1項第2号の規定に基づき届け出いたします。

1 世帯合算

世帯合算による自己負担軽減による差額は貴市（町村）へ返還します。

2 多数該当

ア 私に代わり市（町村）長が保険医療機関等に支払うべき福祉医療費は、多数該当適用後の自己負担限度額まででお願いします。

なお、これを超える額は、私が医療機関窓口で支払います。

担当医療機関名

イ 私に代わり市（町村）長が保険医療機関等に支払うべき福祉医療費は、多数該当適用前の自己負担限度額まででお願いします。

なお、多数該当適用により自己負担限度額が軽減された場合、その差額は必ず貴市（町村）へ返還します。

3 70歳以上の者及び後期高齢者医療の被保険者に係る高額療養費の支給

高額療養費支給額は貴市（町村）へ返還します。

4 高額介護合算療養費の支給

高額介護合算療養費支給額は貴市（町村）へ返還します。

(注) 1から4のうち、該当するものを○で囲んでください。

2を○で囲んだ場合は、ア又はイを○で囲んでください。

VI 多数該当に関する事務取扱方法

群馬県福祉医療費補助金制度取扱要領第5の2の(3)多数該当のイ 市町村国保以外の世帯で(ア)の場合、すなわち福祉医療受給者（後期高齢者医療の被保険者及び70歳以上の者を除く。以下本通知において同じ。）が福祉医療費の支給を多数該当適用後の自己負担限度額までとすることを選択した場合の取扱いについて、医療機関等の協力を得て、下記のとおり実施する。

1 医療機関等の範囲

- (1) 福祉医療受給者のうち、市町村国保の被保険者を除く多数該当者の福祉医療費の請求を多数該当後の自己負担限度額までの取扱いとした医療機関等は、県で別に定める医療機関等に限られる。
- (2) (1)以外の医療機関等において多数該当者がでてきたときは、すみやかに保険者名、当該医療機関名（所在地）、多数該当に該当した月及び受給者氏名、生年月日を文書にて国保援護課あて送付する。
- (3) 県は、市町村から(2)の報告があったときは、報告の内容やその他の状況につき検討のうえ、直ちに医療機関等を追加する。

2 多数該当者の取扱い

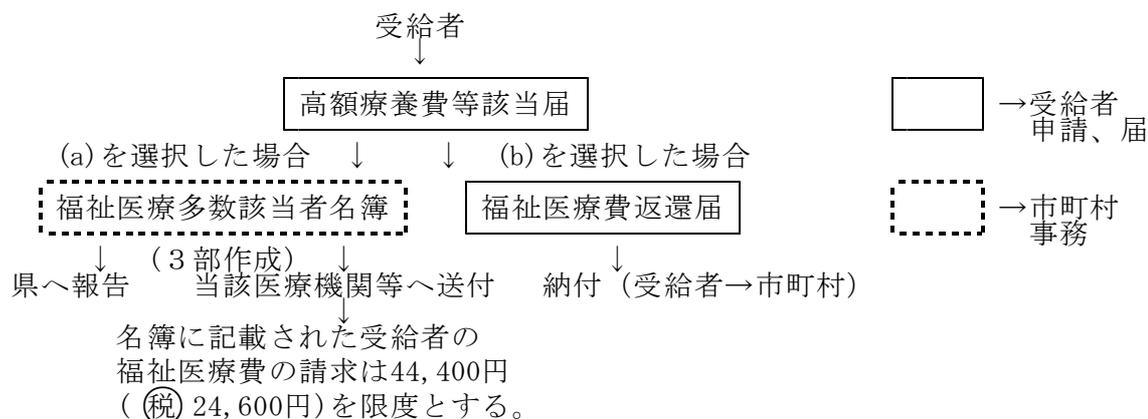
(1) 市町村への申請等

高額療養費等該当届書（規則参考例別記様式第9号）により、(a)、(b)のいずれかの方法を受給者に選択させる。

(a) 支給額を減額する方法

(b) 受給者が差額分を市町村へ返還する方法

※申請、事務の流れ



(2) 取扱い

ア (1)において(a)を選択した場合

(a)を選択した受給者についてのみ別紙「福祉医療多数該当者名簿」に記載し、

医療機関等に名簿を送付する。当該医療機関等は、この福祉医療多数該当者名簿に基づき、当該受給者の一部負担金相当額が44,400円(税)24,600円を超えるときは、44,400円(税)24,600円)で請求する。

イ (1)において(b)を選択した場合

(b)を選択した受給者については、自己負担金減額分を市町村に返還させる。この場合市町村は当該届を5年間保存する。

3 市町村から医療機関等への連絡等

- (1) 新規に発生した多数該当者が2の(1)において(a)を選択した場合、原則として市町村において当該受給者の高額療養費の該当が3回目であると判明した月の翌月の15日までに「福祉医療多数該当者名簿」を該当医療機関等へ送付した場合、判明した月の翌月から適用する。
- (2) 当該医療機関等において当該受給者の請求事務が終了しているとき、市町村からの連絡が遅いときは(1)の取扱いは行わない。
- (3) 市町村は医療機関等毎に福祉医療多数該当者名簿を2部作成し、1部を当該病院へ、1部を各市町村で保管する。
- (4) 市町村は、当該名簿を5年間保存するものとする。
- (5) (1)の処理等の遅れ等により、多数該当後に福祉医療費の支給額の減額を行うことができなかつた月がある場合は、当該月分について受給者から差額分を返還させること。

4 請求方法

(1) 連記式明細書備考欄に(多)表示

(2) 市町村民税課税者 44,400円

市町村民税非課税者 24,600円 を限度とする。

※ 44,400円(税)24,600円)を超える金額は、医療機関等窓口で徴収する。

当該金額は、高額療養費として保険者から支給される。

(3) 「福祉医療多数該当者名簿」に記載された受給者の一部負担金相当額が44,400円(税)24,600円)に充たないときには、明細書備考欄に(多)表示は不要である。

※ 44,400円(税)24,600円)を超える金額は、医療機関等窓口で徴収する。

当該金額は、高額療養費として保険者から支給される。

なお、限度額適用認定証が併用された場合で、保険者が判定した所得区分に係る多数該当自己負担限度額(上位所得者83,400円、一般44,400円、低所得24,600円)と、44,400円(税)24,600円)との間に差額が生じる場合は、当該差額を医療機関等窓口で徴収する。

5 過誤

(1) 市町村と当該医療機関等との同意により過誤扱いとする。

ただし、同意が得られないときは当該金額を受給者との間で調整する。

(2) 連記式明細書備考欄に記載されている記号（**税**・**多**）と決定点数、決定金額との間に整合性がないときは、国保連合会審査の段階で当該医療機関等へ返戻する。

6 多数該当でなくなったときの取扱い

(1) 多数該当に該当しなくなった月の3ヶ月後に市町村は、「福祉医療多数該当者名簿」から削除し、当該医療機関等へ連絡する。

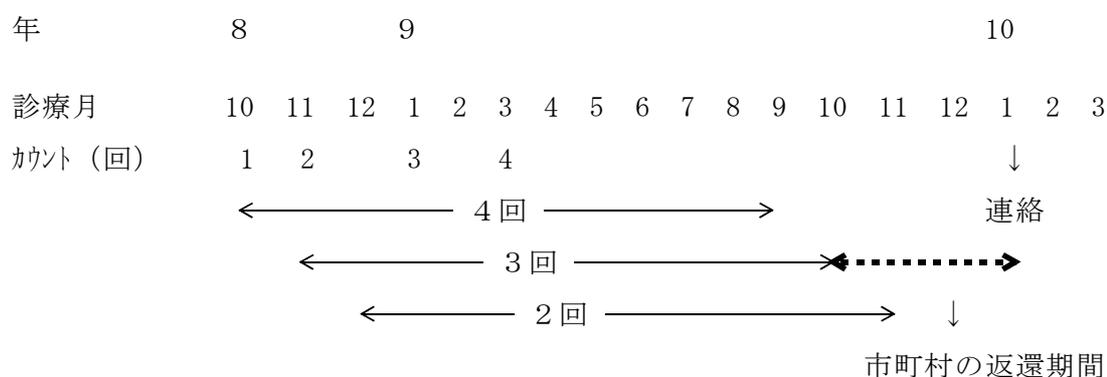
例 保険変更、転出、死亡、生保開始、その他

(2) 多数該当の終了した月から医療機関等へ連絡するまでの間に、当該受給者が44,400円（**税**24,600円）を超える一部負担金を支払うこととなるときは、受給者の申請に基づき市町村は差額（※）を支給する。

また、連記式明細書による確認を行うこと。

※課税者は「高額療養費算定基準額（自己負担限度額）－44,400円」まで、非課税者は10,800円までの範囲内で返還

例



7 施行期日

昭和61年3月診療分から実施する。（平成3年7月一部改正）
 （平成15年4月一部改正）
 （平成19年5月一部改正）
 （平成20年4月一部改正）

年 月 日

(医療機関等名称)

(開設者名) 様

市町村長 印

福祉医療対象者に係る高額療養費多数該当の取扱いについて

このことについて、下記のとおり取り扱われるようお願い致します。

記

- 1 別紙名簿に記載された受給者の一部負担金相当額（2、3割）が44,400円（**税** 24,600円、以下同じ）を超える場合、福祉医療費の助成は44,400円までとなります。
44,400円を超える金額については受給者から徴収してください。なお、当該金額については、受給者が保険者に申請すれば高額療養費として受給者に返還されます。
- 2 一部負担金相当額が44,400円以下の場合には、当該金額は福祉医療で助成されます。
- 3 別紙名簿に記載されている者の1の取扱いは、 年 月診療分から適用されるようにお願いします。
- 4 別紙名簿に記載されていない者については、従来のおりの取扱いをお願いします。

別 紙

福祉医療多数該当者名簿

市町村名 _____

NO	受 給 者 氏 名	受 給 者 証 番 号	備 考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

- (注) 1 備考欄に (税) と表示してある者については、24,600円が助成限度額です。
- 2 連記式明細書備考欄に (多) と表示し請求してください。ただし、一部負担金相当額が44,400円 (税) 24,600円) 以下の場合には不要です。

年 月 日

(医療機関等名称)

(開設者名) 様

市町村長

印

福祉医療多数該当者の取扱いについて

このことについて、多数該当非該当となりましたので通知します。

記

- 1 受給者氏名
- 2 受給者証番号
- 3 非該当年月日
- 4 非該当理由

年 月 日

群馬県健康福祉部国保援護課長 あて

市町村長 印

福祉医療多数該当取扱医療機関等以外の医療機関等における多数該当
取扱者について

このことについて、下記のとおり報告します。

記

医療機関等名称	所在地 電話番号	受診者氏名 生年月日	多数 該当月	保険者名

答 配偶者が概ね1年以上にわたって、労働能力を失っていれば、年金収入に関係なく母子家庭として扱ってよい。

(配偶者の拘禁)

問28 配偶者が拘禁後1年を経過しているが、その起算は警察に逮捕された時としてよいか。また、仮釈放になり短期間在宅した時はどうか。

答 前段は、警察署に附属する留置所に拘禁された時点から起算して概ね1年以上の拘禁とする。この場合、概ね1年を経過し、将来相当期間拘禁される見込みのある場合に母(父)子家庭として認定するものであって、近いうちに仮釈放の予定がある者については差し控えることとされたい。

後段は、仮釈放により拘禁が中断されるので原則として再拘禁された時点から起算するものとする。

ただし、その釈放が短期間で、扶養を受ける状態になかった場合は、引き続いて該当することとなる。

(父母のない児童)

問29 父母のない児童の後見人である祖父等に所得税が課せられている場合対象となるか。

答 対象となる。子の親権を行うべき父母がなく、後見人に扶養又は監護を受けている父母のない児童については、その福祉が損なわれることのないよう、後見人の所得制限はない。

4 福祉医療費の支給について

問30 月の途中から福祉医療に該当した者に対し、「償還払い」にて福祉医療費を支給する場合、当該月における福祉医療給付額はどのように算定すべきか。

答 当該月のその者に係る一部負担金の額が高額療養費に係る自己負担限度額を超えているか否かによって、次のとおり取り扱いが異なる。

- ① 高額療養費に係る自己負担限度額まで達していない場合は、福祉医療に該当した日以降に受給者が負担した一部負担金額が、そのまま福祉医療給付額となる。
- ② 高額療養費に係る自己負担限度額を超えている場合には、該当月の自己負担限度額を、福祉医療該当前と該当後の各点数で按分して、福祉医療費給付額を算定する。

なお、点数を福祉医療該当前と該当後に区分できないとき(月単位の点数が含まれている場合など)や、やむを得ない理由により点数が判明しないときには、該当月の自己負担限度額を福祉医療該当前と該当後の各診療日数で按分して、福祉医療費給付額を算定する。

また、当該月に限らず「償還払い」により福祉医療費を支給するときは、別途、現物給付による福祉医療が支給されていないかどうかについて必ず確認すること。

もし、同月内に現物給付による福祉医療支給があった場合には、「現物給付による福祉医療費」と「償還払いによる福祉医療費」の合計額が高額療養費に係る自己負担限度額を超えないよう注意すること。

問3 1 高額療養費の自己負担限度額が35,400円であるとして、㊦表示をして取り扱っていたところ、社会保険事務所から非課税者でなかったとして、高額療養費の支給決定額の更正と過払いの返納通知が社会保険事務所から甲あて送付された。調査した結果、㊦表示は誤りで高額療養費の自己負担限度額は一般の高額療養費算定基準額（自己負担限度額）であった。どう扱ったらよいか。

答 保険診療点数を確認のうえ、福祉医療費支給不足額は甲から福祉医療費給付申請書を提出させて支払い、甲は社会保険事務所に返納する。なお、㊦表示にあたり、市町村民税の調査について十分注意すること。

問3 2 公費負担の医療で費用徴収があった場合の支給方法は。

答 公費負担医療に係る費用徴収（更生医療における所得に応じた費用負担等）があった場合、県内の医療機関であれば、当該費用徴収額が連記式明細書（高齢重度障害者にあつては併用明細書）で請求される。県外の医療機関を受診した場合は、各公費負担医療で発行した医療券等に記載されている費用徴収額及び医療機関の領収書等を確認の上償還払いすること。

問3 3 上位所得者が高額療養費等に係る自己負担について上位所得者と一般の差額分を負担した場合、福祉医療費の請求に必要な書類は何か。

答 連記式明細書での点数確認及び保険者への所得区分の確認を行なった上で医療機関等の発行した領収書及び高額療養費決定通知書（高額療養費が支給されない場合は不要）に基づき支給されることとしたい。

なお、70歳未満の者であつて、高額療養費が現物給付化されたものについては、高額療養費決定通知書に代えて、限度額適用認定証（区分Aのもの）を確認すること。

（平成19年4月10日付け国援第203-1号群馬県理事通知参照）

問3 4 国民健康保険被保険者資格証明書の交付を受けた福祉医療受給者への福祉医療費の支給は、どのように行うか。

答 国民健康保険被保険者資格証明書の交付を受けた者については、福祉医療費受給者証を持っていても、医療機関窓口で医療費全額を徴収することになっている。福祉医療費は償還払いすることになるが、償還払いは、国民健康保険法による特別療養費の確定額を確認の上、行うこと。なお、保険給付が国民健康保険法第63条の2により一時差し止めされた場合であっても、福祉医療費は支給して差し支えない。

この取扱いについては、後期高齢者医療制度において被保険者資格証明書の交付を受けた者についても、同様とする。

問3 5 償還払いによる福祉医療費支給額の計算は、どのように行うか。

- (1) 治療用装具代等に係る福祉医療費の支払について
- (2) 医療機関窓口で支払った一部負担金の支払いについて

答 (1) 福祉医療費の支給額は、保険対象の医療費から、社会保険関係各法による給付額を差し引いて求めること。

- (2) 福祉医療受給者が医療機関等に支払った額に保険対象外のものが含まれていないことを確認の上、医療保険対象医療費の一部負担金の額を計算して、医療保険各法の規定による端数処理に従って端数処理して支払う。（医療機関の窓口で支払う一

部負担金の額は、医療保険各法の規定により、5円未満の端数がある時は切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げることとされているので、福祉医療費の支給額もこれに従って端数処理すること。）

なお、高額療養費の給付や、附加給付があるときは、この額から高額療養費等の支給額を差し引いて支払うこと。

(平成14年3月27日付け国援第203-2号国保援護課長通知参照)

問36 交通事故等の第三者行為による被害を受けた福祉医療受給者に対し、社会保険関係各法を使用して治療を受けるのに併せて福祉医療費の現物給付を受けることを認める場合の事務処理はどのようにしたらよいか。

答 第三者の行為による被害届書及び委任状を受給者から徴取すること。

これは、社会保険関係各法においては、保険者は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額の限度において、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権を取得することが定められている（損害賠償請求権の法定代位取得）が、福祉医療については、福祉医療の給付を行っただけでは損害賠償請求権を代位取得することはできないので、委任状を徴取することにより損害賠償請求権を代位取得するためである。

その他の事務処理については、社会保険関係各法における事務処理に準じて処理すること。

なお、国民健康保険及び老人保健に係る第三者行為損害賠償求償事務を扱っている群馬県国民健康保険団体連合会事業企画課求償係は、福祉医療に係る第三者行為損害賠償求償事務についても相談ののってくれることになっています。

問37 福祉医療費の支給は、いつまでさかのぼれるか。

答 福祉医療費の支給方法によって、それぞれ次のとおりとする。ただし、市町村が個別にその期間を定めているときはこの限りでない。

①現物給付をした場合

医療機関等が福祉医療費を請求できる期間は、診療報酬請求権の消滅時効（民法第170条）と同じ3年間とする。

なお、消滅時効の期間計算の起算点については、受給資格者が加入している医療保険と同じとする。（参考：国保では、療養月の翌々月の1日、健康保険では、翌月の1日）

②償還払により支給する場合

受給資格者および保護者等が、福祉医療費の支給を市町村に申請できる期間は、地方自治法第236条の消滅時効が適用されるため、5年間である。

なお、消滅時効の期間計算の起算点は、受給資格者等が一部負担金の支払を為した日（領収書の日）の翌日である。

(参考)

○地方自治法第236条

金銭の給付を目的とする普通地方公共団体の権利は、時効に関し他の法律に定めがあるものを除くほか、5年間これを行わないときは、時効により消滅する。普通地方公共団体に対する権利で、金銭の給付を目的とするものについても、また同様とする。

○民法第170条

次に掲げる債権は、3年間行使しないときは、消滅する。

一 医師、助産師及び薬剤師の診療、助産又は調剤に関する債権

二 (略)

参考：医療機関あて通知文のみ掲載
 (その他、市町村や県医師会など、関係機関
 あてに文面を変更して通知されている。)

(公印刷込)
 国援 第203-1号
 平成19年4月10日

医療機関開設者 様

群馬県理事 小出 省司
 (国保援護課)

70歳未満の者の入院等に係る高額療養費の現物給付化に伴う
 福祉医療費請求の取扱いについて

本県の福祉医療制度につきましては、平素より格別な御協力を賜り、心より感謝申し上げます。

さて、本年4月1日から、健康保険法施行令等の一部を改正する政令(平成18年政令第390号)が施行され、70歳未満の者であって、あらかじめ保険者の認定を受け、限度額適用認定証の交付を受けた者については、高額療養費が現物給付化されることとなりました。

これまで福祉医療制度では、市町村国保以外の受給資格者に係る医療機関からの請求については、保険者から給付される高額療養費との精算が困難であることから、連記式明細書の請求に当たり、「一般」の自己負担限度額(「税」表示の者については、低所得者の限度額、「多」については多数該当の限度額)までとしていただき、保険請求分と福祉医療費請求分との差額については、医療機関窓口において、受給資格者に御負担いただいていたところでした。

今般の改正により、高額療養費の所得区分が医療機関の窓口で判断できることとなりましたが、各保険者で判定した所得区分を、福祉医療を実施している市町村においては把握することができず、正確な福祉医療費の負担額の算定が、現段階においては困難であることから、諸般の事情を考慮した結果、市町村国保以外の受給資格者に係る福祉医療費の請求方法については、限度額適用認定証が提示された場合であっても、当分の間、従来どおりとさせていただきますことといたしました。

つきましては、社保等に係る連記式明細書の請求に当たっては、下記事項に御留意いただきますようお願いいたします。

なお、市町村国保の福祉医療費受給資格者であって、限度額適用認定証が交付されている者については、原則として、保険請求の残額を福祉医療費として請求していただくこととなりますので、申し添えます。

記

1 福祉医療費への請求限度額

限度額適用認定証の適用区分	福祉医療費受給資格者証	
	表示なし	「税」(低所得者の限度額適用)
A (上位所得者)	80,100円 +1%	35,400円 (多) 24,600円)
B (一般)	80,100円 +1% (多) 44,400円)	35,400円 (多) 24,600円)
C (低所得者)	要、市町村に確認	35,400円 (多) 24,600円)

(従来の請求方法と同じ)

2 限度額適用認定証の適用区分による所得区分と福祉医療費受給資格者証の所得区分が不一致の場合について

原則として、上記1のと通りの取扱いとなりますので、不一致の場合は、窓口において差額負担が生じることとなります。

なお、不一致となる場合は、以下の理由が考えられますので、必要に応じて対応をお願いします。

(1) 加入する保険の変更、世帯主の変更等により被保険者証等が変わった場合

このような場合、福祉医療費の受給資格者は必ず市町村に届け出るようになっていきます。

市町村に届出をしていない場合、旧被保険者証等の内容に基づき所得区分を判定するため、限度額適用認定証と不一致となる場合があります。(詳しくは各市町村にお問い合わせください。)

(2) 保険者において市町村民税非課税の情報を把握していない場合

福祉医療費受給資格者証が「**税**」であるにもかかわらず、「上位所得者(区分A)」又は「一般(区分B)」の限度額適用認定証が交付されている場合は、不一致となります。このような場合は、加入する保険者に申請し、「低所得者(区分C)」の認定を受ける必要があります。(詳しくは各保険者にお問い合わせください。)

(3) 限度額適用認定証が「低所得者(区分C)」であり、福祉医療費受給資格者証に「**税**」の記載がない場合

この場合も、形式的に不一致となります。

このような場合、原則として、各市町村において受給資格者証に「**税**」の表示してもらう必要があります。ただし、市町村によっては「**税**」表示を実施していない場合がありますので、「**税**」扱いとして請求できるかについて、各市町村に御確認ください。

3 上位所得者の取扱いについて

健康保険等の被用者保険では、原則として、標準報酬月額に基づき、「上位」・「一般」の所得判定をしていますが、年度途中の所得区分の変更等については、把握が困難であることから、上位所得者については、従来どおり一般の限度額までの請求としてください。

4 窓口において差額の本人負担が生じた場合の精算方法について

(1) 上位所得者の精算方法について

医療機関の領収書、限度額適用認定証(区分Aのもの)及び被保険者証等を添付の上、受給資格者において、福祉医療費の実施主体である市町村に対し、差額分を支給申請していただくことになります。

※ 「上位所得者」の自己負担限度額と「一般(低所得)」との自己負担限度額との差額を一時的に被保険者等本人が負担(本人→市町村)。

(2) 低所得者の精算方法について

各保険者から市町村民税非課税の認定を受け、高額療養費の差額の支給を受けていただくことになります。

※ 「低所得者」の自己負担限度額と「一般」の自己負担限度額との差額を一時的に被保険者等本人が負担(本人→保険者)。

〔事務担当：老人・保険医療グループ〕
TEL：027-226-2675
FAX：027-223-3864

(参考：H19.4.10 国援第 203-1 号通知関係・イメージ図)

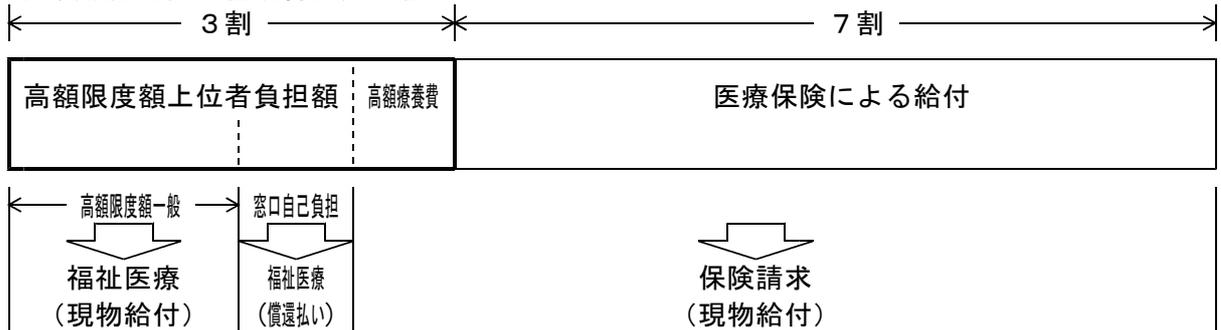
70 歳未満の**社保等の被保険者**にかかる高額療養費の現物給付化に伴う
医療機関における**福祉医療費**の請求方法等の取扱いについて

1. 対象者 70歳未満かつ市町村国保及び後期高齢者医療保険加入者**以外**の福祉医療受給者

2. 福祉医療 福祉医療受給者に係る高額療養費の限度区分は「一般」として医療機関窓口で取扱う。

3. 仕組み

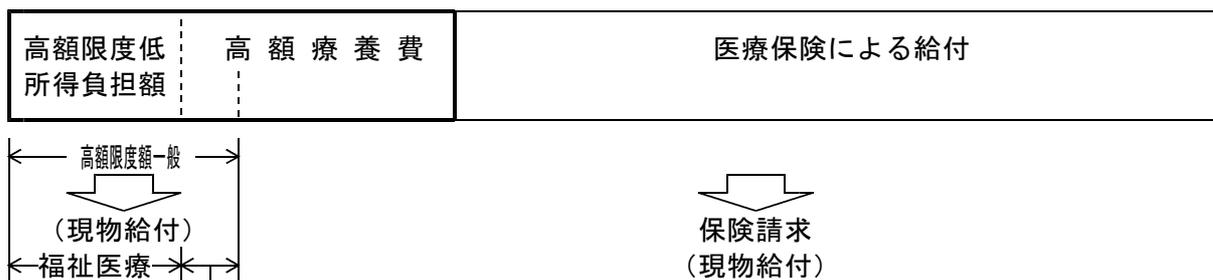
1) 限度額認定証**上位所得区分**の者



2) 限度額認定証**一般区分**の者



3) 限度額認定証**低所得区分**の者 (税 表示がない場合)



一旦、福祉医療が支給されるため、
①後日、福祉医療受給者の加入する医療保険者から市町村へ精算 (受領委任状がある場合)
②後日、高額療養費が支給された後、本人から市町村へ返還 (受領委任状がない場合)

4) 限度額認定証**低所得区分**の者 (税 表示がある場合)

・・・請求の仕組みは2)と同じ

【事務取扱要領第5_2(2)、質疑・問35関係】

国援第203-2号

平成14年3月27日

各 市 町 村 長 様

(福祉医療主管課)

群馬県保健福祉部国保援護課長

福祉医療費支給額の計算方法等について（通知）

市（町村）福祉医療費の支給に関する条例準則（以下「条例準則」という）第7条第1項の規定による支給申請を受け第8条の規定による福祉医療費の支給を行う際の支給額について、平成14年4月支給分（平成14年度支出負担行為分）から下記のとおり取り扱うこととしたので御了知願います。

なお、この通知は福祉医療費支給額の計算方法等についての取扱いを定めたものであり、内容審査等についての取扱いを変更するものではないので、念のため申し添えます。

おって、下記の取扱い方法による具体事例を別紙のとおり作成したので、事務の参考にしてください。

記

- 1 福祉医療費の支給額は、条例準則第2条第2項に規定する医療費（保険対象の医療費）の額から条例準則第2条第1項に規定する社会保険関係法で給付された額を控除した額であり、次の算式によって算定すること。

福祉医療費支給額＝保険対象の医療費－社会保険関係法による給付額

- 2 医療機関の窓口で支払う一部負担金の額は、医療保険各法の規定により、5円未満の端数がある時は切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げることとされているので、福祉医療費の支給額もこれに従って端数処理し、福祉医療費受給者が社会保険関係法の規定により実際に支払った額を支払うこと。

なお、高額療養費の給付や、附加給付があるときは、この額から高額療養費等の支給額を差し引いて支払うこと。

事務担当 老人・保険医療グループ
電 話 027-226-2675 (ダイヤル)

別紙

福祉医療費支給額算定の具体事例

1 治療用装具代等の支払い

福祉医療費＝保険対象の医療費－社会保険各法による給付額

・5555円の治療用装具についての福祉医療分の支払（国保受給者の場合）

①療養費の額 $5555円 - 5555円 \times 0.3 = 3888.5円 \rightarrow 3888円$

療養費は、「国等の債権債務等の金額の端数計算に関する法律」により、切り捨てて支払われる。

②福祉医療費の額は、 $5555円 - 3888円 = 1667円$ になる。

2 医療機関窓口で支払った一部負担金の支払

支払った額に保険対象外のものが含まれていないことを確認の上、医療保険対象医療費の一部負担金の額を計算し、医療保険各法の規定による端数処理に従って端数処理して支払う。

(1) 総点数735点、国保受給者の場合

$(735点 \times 10円) - (735点 \times 10円 \times 0.7)$

$= 2205円 \rightarrow 2210円$

患者は、医療機関の窓口で2210円を支払ってきている。

福祉医療費の支給額も、2210円になる。

(2) 総点数731点、国保受給者の場合

$(731点 \times 10円) - (731点 \times 10円 \times 0.7)$

$= 2193円 \rightarrow 2190円$

患者は医療機関の窓口で2190円を支払ってきている。

福祉医療費の支給額も、2190円を支給する。

(3) 総点数731点、国保受給者で、2290円を支払ってきている場合。

点数が(2)の場合と同じなので、福祉医療費の支給額も(2)と同様2190円である。(差額の100円は、保険医療対象外の容器代等と考えられる。)

3 医療機関窓口で支払った額に対して高額療養費等が支給される場合

前記1、2の両方の考え方が適用される。

・総点数31171点、国保受給者で、一般の高額療養費多数該当の人の場合

$(31171点 \times 10円) - (31171点 \times 10円 \times 0.7) = 93513円$

患者は医療機関の窓口で93510円を支払ってきている。高額療養費に該当しなければ、93510円を福祉医療費として支給するが、高額療養費が支給されるので、その額を控除して支給する。

高額療養費の支給額は、

$93513円 - 37200円 = 56313円$

福祉医療費の支給額は、

$93510円 - 56313円 = 37197円$ になる。

【事務取扱要領第5_2(2)、質疑・問35関係】

(参考:H14.3.27国援第203-2号通知関係・計算例)

医療機関等の窓口で一旦支払をした後に、「償還払い」方式により福祉医療費を支給する場合の端数計算(例)

	総点数	@	総診療費	一部負担金額 (3割の場合)	医療機関での 窓口支払額 (10円単位で 四捨五入)	高額療養費 限度額 (一般・多数該当 の場合)	高額療養費 支給額	福祉医療費	福祉医療 費現物給 付の場合 との差額
	A	B	C=A×B	D=C×0.3	E(≒D)	F	G=D-F(D≥F) G=0 (D<F)	H=E-G	
窓口負担が 切り捨ての場合	731	10	7,310	2,193	2,190	37,200	0	2,190	-3
	31,171	10	311,710	93,513	93,510	37,200	56,313	37,197	-3
窓口負担が 切り上げの場合	732	10	7,320	2,196	2,200	37,200	0	2,200	4
	31,172	10	311,720	93,516	93,520	37,200	56,316	37,204	4

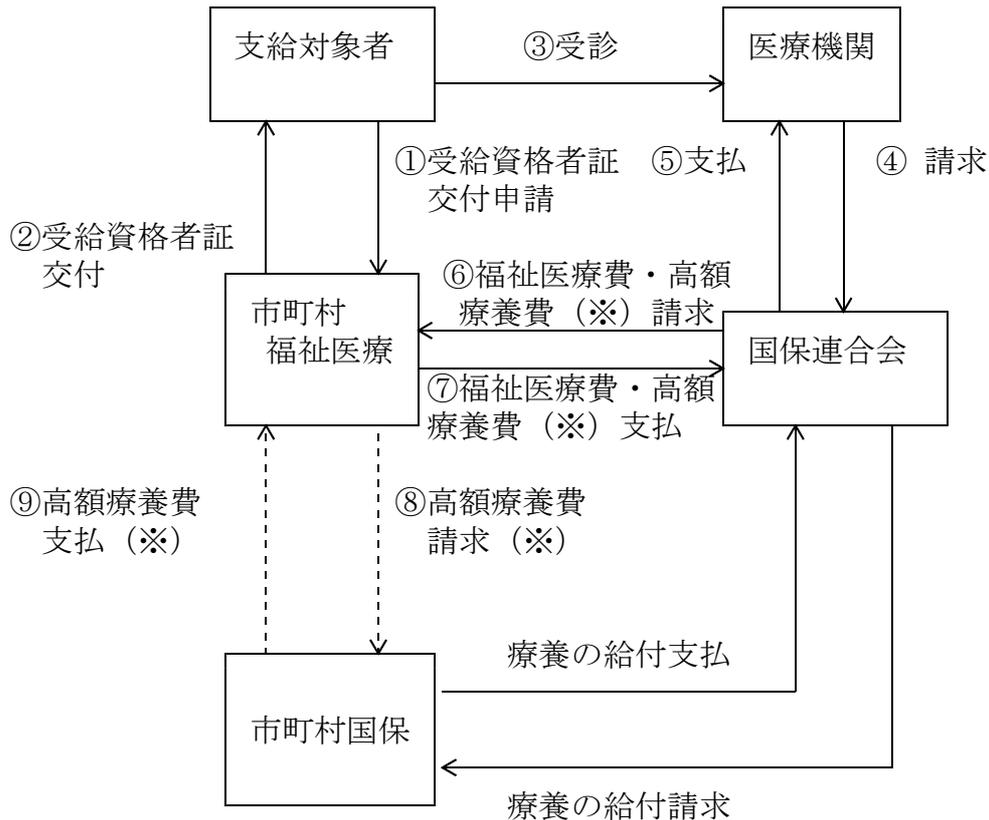
※ 代理受領委任方式による療養費(柔道整復等)に係る福祉医療費については、窓口支払が無いため端数調整は行われず、
よって、計算上の一部負担金(高額療養費がある場合にはこれを除いた額)がそのまま福祉医療費となる。

3 福祉医療費請求支払事務の流れ

①、②等を付したものは、福祉医療の請求に関係しているものである。

(1) 市町村国保＋福祉医療

----- は高額療養費に該当した場合



※ 限度額適用認定証が併用された場合は、福祉医療費での高額療養費の立替払いが発生しない場合あり

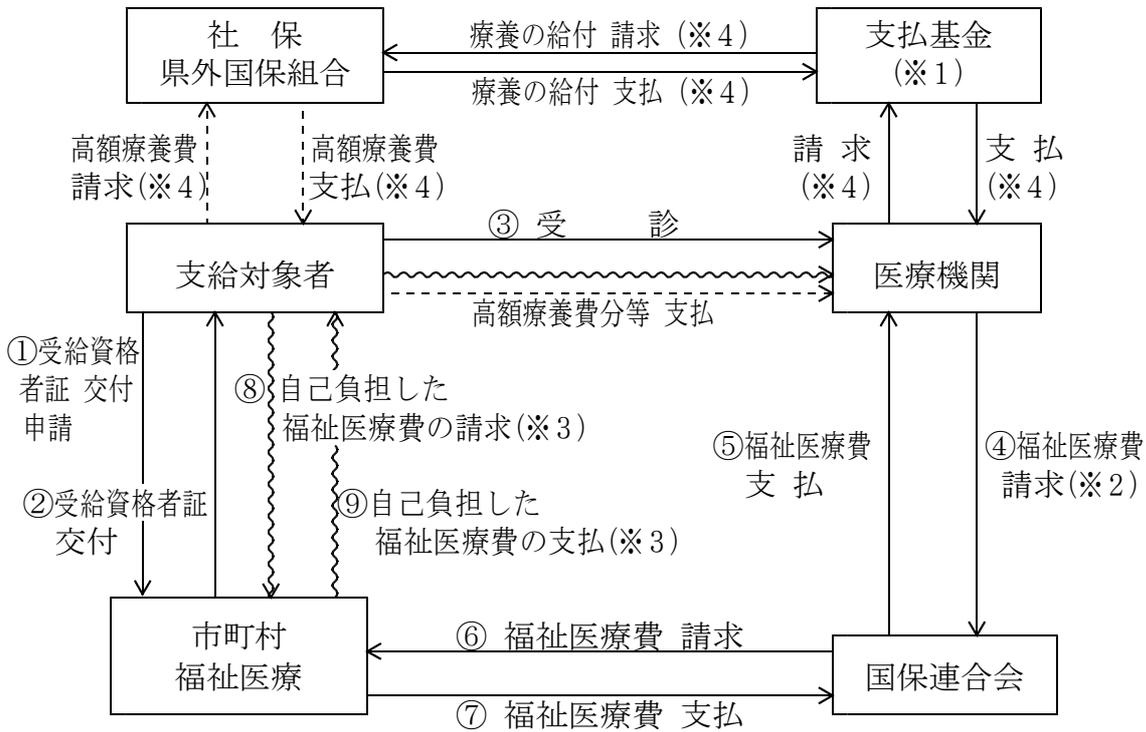
◎請求方法、費用負担制度等

	請求方法	費用負担する制度等
療養の給付	国保・福祉 併用明細書	国保
高額療養費		福祉医療→国保に請求
自己負担分		福祉医療

一般でも上位でも、請求方法、費用負担する制度等は同じ。

(2) 社保又は県外国保組合＋福祉医療

----- は高額療養費に該当した場合
 ~~~~~ は※3の場合



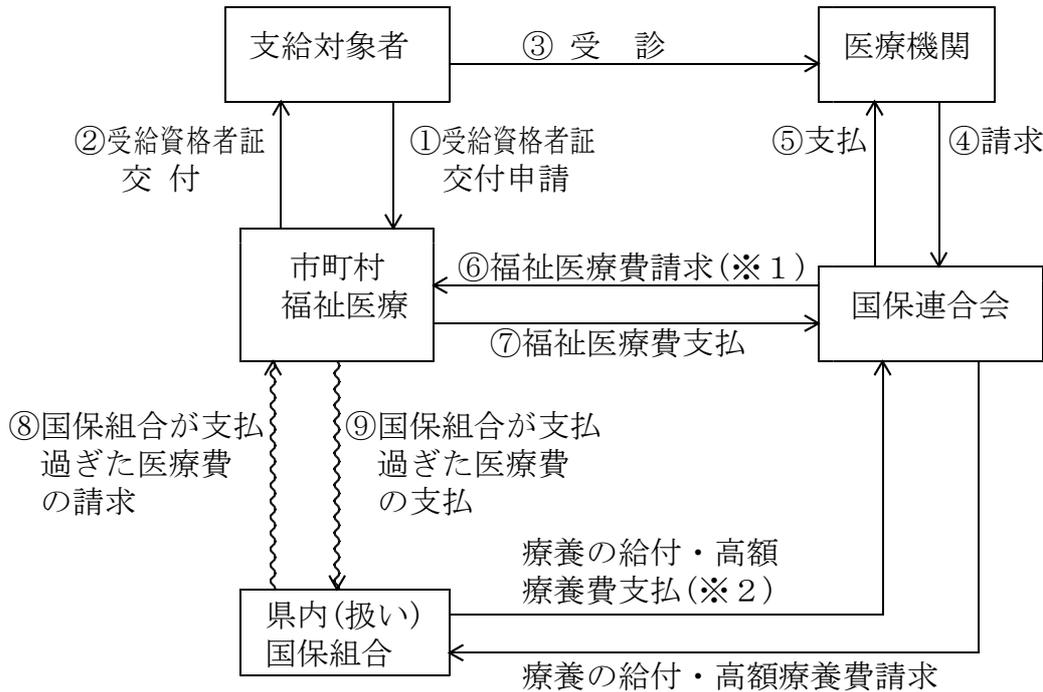
- ※1 県外国保組合の療養の給付に係る請求・支払は国保連で扱う。
- ※2 一般又は低所得者の高額療養費自己負担限度額まで (④～⑦において同じ)
- ※3 福祉医療の連記式明細書による請求では、福祉医療は一般又は低所得者の高額療養費自己負担限度額までしか負担しないので上位所得者が医療機関の窓口で自己負担した中には、上位と一般の自己負担額の差額が含まれていることがある。そのような場合は社保又は国保組合から支払われた高額療養費が窓口で負担した一部負担金の額より少ないことになるので、福祉医療受給者はその差額について市町村に福祉医療費の請求 (⑧) を行い支払 (⑨) を受ける。
- ※4 限度額適用認定証が併用された場合は、高額療養費分が現物給付化される。  
 この場合の取扱方法は、平成19年4月10日付け国援第203-1号群馬県理事通知「70歳未満の者の入院等に係る高額療養費の現物給付化に伴う福祉医療費請求の取扱いについて」によること。

◎請求方法、費用負担制度等

|       | 請求方法         | 費用負担する制度等              |
|-------|--------------|------------------------|
| 療養の給付 | 社保明細書又は国保明細書 | 社保又は県外国保組合             |
| 高額療養費 | 患者に請求        | 自己負担 → 社保又は県外国保組合に請求   |
|       | 社保明細書又は国保明細書 | 社保又は県外国保組合 (※4)        |
| 自己負担分 | 患者に請求        | 自己負担 → 福祉医療に請求 (※3)    |
|       | 連記式明細書       | 福祉医療 (一般・低所得者の自己負担額まで) |

(3) 県内又は県内扱いの国保組合（注1）＋福祉医療

~~~~は※2の場合



注1 県内の国保組合とは、群馬県医師国保・群馬県歯科医師国保のことであり、県内扱いの国保組合とは、全国土木建築国保・全国建設工事業国保・中央建設国保のことである。

※1 一般又は低所得者の自己負担額まで

※2 福祉医療では連記式明細書による請求について一般又は低所得者の高額療養費の自己負担限度額までしか負担しないので、上位所得者については県内又は県内扱いの国保組合が負担しすぎになる場合がある。この場合は平成13年12月4日付け国援第203-1号群馬県保健福祉部国保援護課長通知「福祉医療受給者のうち国民健康保険組合に係る上位所得者の高額療養費の自己負担限度額の精算方法について」によること。

※3 限度額適用認定証が併用された場合は、平成19年4月10日付け国援第203-1号群馬県理事通知「70歳未満の者の入院等に係る高額療養費の現物給付化に伴う福祉医療費請求の取扱いについて」によること。

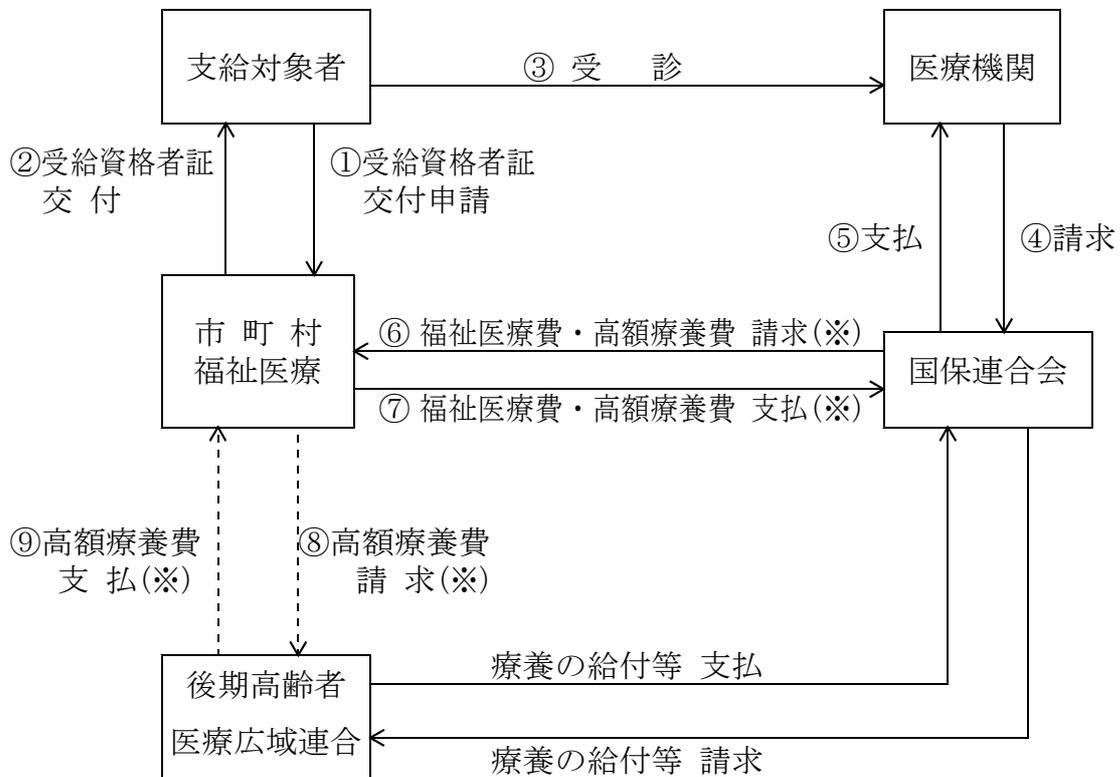
なお、福祉医療費への請求方法を従来どおり一般の限度額までとしたことから、上位所得者については、社保及び県外国保組合と同様に差額の窓口負担が生じる場合があるので、留意すること。

◎請求方法、費用負担制度等

| | 請求方法 | 費用負担する制度等 |
|-------|----------------|--------------------------------------|
| 療養の給付 | 国保・福祉
併用明細書 | 県内（扱い）国保組合 |
| 高額療養費 | | 県内（扱い）国保組合
県内（扱い）国保組合→福祉医療に請求(※2) |
| 自己負担分 | 連記式明細書 | 福祉医療
(一般・低所得者の自己負担額まで) |

(4) 高齢重度（後期高齢者医療）＋福祉医療

----- は高額療養費に該当した場合



※ 福祉医療費と高額療養費の精算にあたっては、平成20年3月6日付け国援第203-15号群馬県健康福祉部長通知「福祉医療制度と後期高齢者医療制度との給付調整について」によること。

◎請求方法、費用負担制度等

| | 請求方法 | 費用負担する制度等 |
|-------|--------------|-------------------|
| 療養の給付 | 後期高齢・福祉併用明細書 | 後期高齢者医療 |
| 高額療養費 | | 後期高齢者医療（入院等分のみ） |
| | | 福祉医療 → 後期高齢者医療に請求 |
| 自己負担分 | | 福祉医療 |