

児 第 1 2 1 8 号

平成 2 4 年 8 月 2 9 日

各 医 療 機 関 の 長 様

千葉県健康福祉部長

(公印省略)

子ども医療費助成制度の拡充について (通知)

本県の母子保健行政の推進につきましては、日ごろ格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、子ども医療費助成制度については、これまで入通院ともに小学校3年生までの子どもを助成対象としていましたが、平成24年12月から入院医療費の助成対象を中学校3年生まで拡大することになりましたのでお知らせします。

また、各医療機関におかれましては、別紙に御留意いただき、制度の実施に御理解、御協力をいただきますようお願い申し上げます。

子ども医療費助成制度の拡充について

千葉県健康福祉部児童家庭課

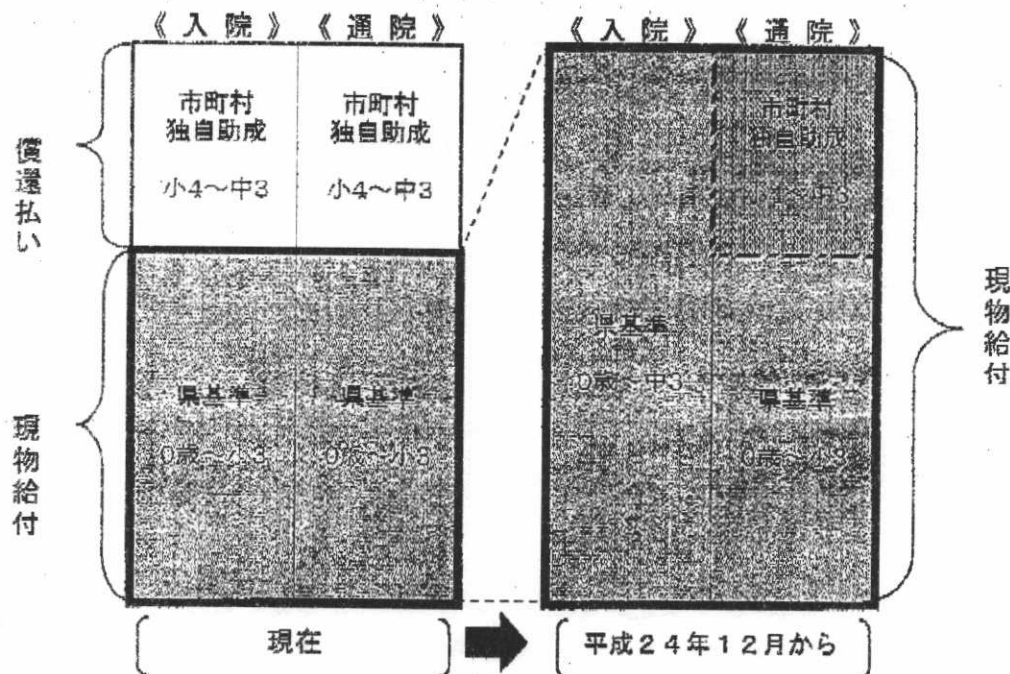
子ども医療費助成制度については、入通院ともに小学校3年生までの子どもを助成対象としていましたが、平成24年12月診療分から入院医療費の助成対象を中学校3年生まで拡大することになりました。また、市町村独自助成部分の「通院：小4～中3」についても、市町村の判断により現物給付が可能となります。

したがって、これまでは現物給付の対象（受給券の発行対象）が小3までで統一されていましたが、市町村により現物給付の対象が異なるようになりますので、御留意ください。

また、これに伴い、レセプトコンピュータの修正等が必要となる場合がありますので、お手数ではございますが、システム開発業者等にご確認のうえ、平成24年11月末日までに修正等の対応をお願いいたします。

1 現物給付の対象について

現物給付の対象（受給券の発行対象）が次のように変わります。



《県基準》
入院：小学校3年生
通院：小学校3年生

《現物給付の対象範囲》
入院：小学校3年生
通院：小学校3年生

《県基準》
入院：中学校3年生
通院：小学校3年生

《現物給付の対象範囲》
入院：中学校3年生
通院：中学校3年生

(例)

《現在》			《平成24年12月から》		
A市	入院：小3	通院：小3	A市	入院：中3	通院：中3
B市	入院：小3	通院：小3	B市	入院：中3	通院：小6
C市	入院：小3	通院：小3	C市	入院：中3	通院：小3
D市	入院：小3	通院：小3	D市	入院：小6	通院：小6
E市	入院：小3	通院：小3	E市	入院：小3	通院：小3

※ 現物給付の対象（受給券の発行対象）は、小3までで統一されていましたが、市町村により現物給付の対象が異なるようになります。

※ 各市町村の現物給付の対象範囲については、10月頃に県ホームページに掲載します。

2 受給券について

(1) 受給券の色分けについて

現物給付の対象が入院と通院で異なる場合、「入院のみ使用できる受給券」と「入院及び通院で使用できる受給券」の2種類の受給券が発行されることとなりますが、「入院のみ使用できる受給券」が通院において使用されてしまうことが懸念されることから、注意喚起のために次のとおり受給券を色分けします。

- ・ 入院のみ使用できる受給券 薄い黄緑色
- ・ 入院及び通院で使用できる受給券 白色

(2) 公費負担者番号について

これまでと同様の番号となります。

8	3	1	2				
事業別 番号		都道府県 番号		自己負担 区分		市町村 番号	検証 番号

事業別番号	子ども医療費助成事業では「83」を設定しています。
都道府県番号	千葉県の場合は「12」になります。
自己負担区分	下記の「0」～「4」のいずれかを使用します。 「0」・・・ 0円（市町村民税所得割非課税世帯） 「1」・・・ 200円 「2」・・・ 0円（市町村独自基準） 「3」・・・ 300円 「4」・・・ 0円、200円、300円のいずれか
市町村番号	千葉県内の市町村にそれぞれ2桁の番号が決められています。
検証番号	国で定めた計算式に基づいて算出される番号になります。

- (3) 自己負担欄の表示について
これまでと同様の表示となります。

通 院	・ 無料 ・ 通院1回につき 200 円 ・ 通院1回につき 300 円 ・ 全額自己負担	いずれか1つを記載
入 院	・ 無料 ・ 入院1日につき 200 円 ・ 入院1日につき 300 円 ・ 全額自己負担	いずれか1つを記載
保 険 調 剤	・ 無料 ・ 全額自己負担	いずれか1つを記載

《受給券の記載例》

子 ども 医 療 費 助 成 受 給 券									
公費負担者番号	8	3	1	2	3	×	×	×	
受給者番号	*	*	*	*	*	*	*	*	
子 ど も	生 所	〒〇〇〇-〇〇 〇〇市〇〇〇-〇							
	氏 名	〇〇 〇〇							男・女
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日							
有効期間	平成24年12月1日 ~ 平成25年7月31日								
自己負担金	通 院	全額自己負担							
	入 院	入院1日につき300円							
	保険調剤	全額自己負担							
〇〇〇市町村長 〇〇 〇〇〇 印									

※サイズは原本とは異なります。

※ 「入院のみ使用できる受給券」は、「通院：全額自己負担」、「入院：入院1日につき300円」、「保険調剤：全額自己負担」という記載になります。
(自己負担金300円の場合)

3 問い合わせ先

千葉県健康福祉部児童家庭課子ども家庭支援室 母子保健班
〒260-8667 千葉市中央区市場町1番1号
電話：043-223-2332（直通） ／ FAX：043-224-4085