

平成 18 年 6 月 日

各市町村乳幼児医療担当者 殿

健康増進課 地域保健担当

乳幼児等はぐくみ医療助成事業における受給者証等について

このことについては、10 月以降の各市町村の状況等を踏まえて国保連合会と調整を諮ったところ、次のとおりとなりましたのでお知らせいたします。

今後の事務処理の参考としてください。

1 公費負担番号・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（別紙 1）

現在使用している“公費 4 5”を新制度においても引き続き使います。

	入院	外来
0歳以上3歳未満	公費45	
3歳以上6歳未満		
6歳以上7歳未満		
7歳以上	公費47	

← 注) 阿南市、阿波市、佐那河内村、神山市

2 医療費請求書の色及び書式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（別紙 2）

(1) 国保分

公費負担番号 4 5（7 歳未満）、4 7（7 歳以上）を診療報酬明細書（レセプト）に併用して取り扱う。

(2) 被用者分

医療費請求書で取り扱う。

0 歳以上 3 歳未満	入・通院	アイボリー色
3 歳以上 7 歳未満	入・通院	ピンク色
7 歳以上	入・通院	藤色

← 1 の注) と同じ

600 円の自己負担金をとる市町村は、別紙 2 のように自己負担金 600 円の欄を設ける必要があります。

3 受給者証の色

上記 2 のとおり、医療費請求書の色が決定しましたので、受給者証の色についても、次のように医療費請求書と同色とするのがわかりやすいのではないかと思います。

但し、この色に限定した訳ではありませんので、市町村で別の色を選択しても構いません。

0 歳以上 3 歳未満	入・通院	アイボリー色
3 歳以上 7 歳未満	入・通院	ピンク色
7 歳以上	入・通院	藤色

← 1 の注) と同じ

乳幼児等医療費の公費番号

市町村名		公費番号 (7歳未満)	公費番号 (7歳以上)
1	徳島市	45360013	
2	鳴門市	45360021	
3	小松島市	45360039	
4	阿南市	45360047	47360045
5	吉野川市	45360518	
6	阿波市	45360526	47360524
7	美馬市	45360534	
8	三好市	45360542	
9	勝浦町	45360054	
10	上勝町	45360062	
11	佐那河内村	45360070	47360078
12	石井町	45360088	
13	神山町	45360096	47360094
14	那賀町	45360625	
15	美波町	45360641	
16	牟岐町	45360195	
17	海陽町	45360658	
18	松茂町	45360237	
19	北島町	45360245	
20	藍住町	45360252	
21	板野町	45360260	
22	上板町	45360278	
23	つるぎ町	45360617	
24	東みよし町	45360633	

乳 乳幼児等医療費請求書 (被用者保険分)

平成 年 月 日

〇〇市(町・村)長 殿

負担者番号	4	5				
-------	---	---	--	--	--	--

平成 年 月 分

下記のとおり請求します。

点数表別	医	歯	調		
	1	3	4		
医療機関 コード					
所在地(〒)					
名 称					
開設者氏名 印					

受給者氏名			乳幼児医療費 受給者番号		
乳幼児氏名			被保険者証記号番号		
生年月日	平成	年	月	日	
有効期限	平成	年	月	日	保 険 者 - 名
保 険 種 別	被 用 者 保 険				備 考
	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共				高額療養費区分
保険負担割合	8 ・ 7 ・ その他 割				高 ・ 長 ・ 非高
区 分	日数(回数)	点 数(金額)	他方負担点数	乳幼児等医療費請求額	
請 求	入 院	日	点	点	円
	入院外				
※ 決 定	入 院				
	入院外				

(注) 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。

診療を行った翌月10日までに国保連合会へご請求ください。

乳 乳幼児等医療費請求書 (被用者保険分)

平成 年 月 日

〇〇市(町・村)長 殿

負担者番号	4	5					
-------	---	---	--	--	--	--	--

平成 年 月 分

下記のとおり請求します。

点数表別	医	歯	調		
	1	3	4		
医療機関 コード					
所在地(〒)					
名 称					
開設者氏名					印

受給者氏名				乳幼児医療費 受給者番号		
乳幼児氏名				被保険者証記号番号		
生年月日	平成	年	月	日		
有効期限	平成	年	月	日	保 険 者 名	
保 険 種 別	被 用 者 保 険				備 考	
	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共				高額療養費区分	
保険負担割合	8 ・ 7 ・ その他 割				高 ・ 長 ・ 非高	
区 分	日数(回数)	点 数(金額)	他方負担点数	自己負担金 600円	乳幼児等医療 費請求額	
請 求	入 院	日	点	点	円	円
	入院外					
※ 決 定	入 院					
	入院外					

(注) 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。

診療を行った翌月10日までに国保連合会へご請求ください。

600円の自己負担金は、通院は3歳から6歳、入院は6歳のみ。調剤薬局は、600円の自己負担金はありません。

乳 乳幼児等医療費請求書 (被用者保険分)

平成 年 月 日

〇〇市(町・村)長 殿

負担者番号	4	7					
-------	---	---	--	--	--	--	--

平成 年 月分

下記のとおり請求します。

点数表別	医	歯	調		
	1	3	4		
医療機関 コード					
所在地(〒)					
名 称					
開設者氏名 印					

受給者氏名				乳幼児医療費 受給者番号	
乳幼児氏名				被保険者証記号番号	
生年月日	平成	年	月	日	
有効期限	平成	年	月	日	
保険種別	被用者保険				備 考
	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共				高額療養費区分
保険負担割合	8 ・ 7 ・ その他 割				高 ・ 長 ・ 非高
区 分	日数(回数)	点 数(金額)	他方負担点数	乳幼児等医療費請求額	
請 求	入 院	日	点	点	円
	入院外				
※ 決 定	入 院				
	入院外				

(注) 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。

診療を行った翌月10日までに国保連合会へご請求ください。

レセ区分	0	2	3
採 択	1	2	3 4
担 当			
B ・ H			

提出	平成 年 月分			医療機関	
	平成 年 月 日			コード	
振込銀行	銀 行 本(支)店			所在地	〒
請求			取扱件数	名称	開設者名
	国	一般分			
	保	退職分			
	被用者分				
					印

制度別	負担者番号 (市町村番号)	給付 割合	高額 区分	入			院 他法点数	入			院 点 数	外 他法点数
				件数	日数	点 数		件数	日数	点 数		
返 戻	市 町 村 名	件 数	日 数	点 数	端 数 整 理 額							
					概 算 額							
					過 誤 額							
					確 定 額							

注 医療機関は、太わく内のみ記載してください。