

旭医第319号
平成16年9月22日

医療機関長各位

旭川市医師会
会長 増田 一雄

美瑛町乳幼児医療費助成事業の助成内容の変更について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、乳幼児医療費助成事業につきましては、現在旭川市医師会と旭川市、美瑛町、鷹栖町、東神楽町、東川町との間で協定を締結し実施しております。

この度、美瑛町では本年10月からの道の医療給付事業見直しにより、助成内容の一部を変更することとなりました。(資料1の網かけ部分)

つきましては、事務取り扱いに遺漏のないようご協力の程よろしくお願い申し上げます。

なお、旭川市、美瑛町、鷹栖町、東神楽町、東川町の乳幼児医療費助成事業実施内容(概要)は別紙資料1のとおりですが、美瑛町以外は従来どおりの内容で変更はございません。

また、東川町、美瑛町、東神楽町では、本年10月より乳幼児医療費助成金請求書の様式をあらため3町共通様式とすることとなり、様式及び記載例は別紙資料2のとおりとなっております。

敬具

資料

1. 乳幼児医療費助成事業実施内容(概要) 平成16年10月1日現在
旭川市、美瑛町、鷹栖町、東神楽町、東川町
2. 乳幼児医療費助成制度の改正について(平成16年10月改正)

東川町、美瑛町、東神楽町

— 医療保険部 —

旭医第321号

平成16年9月22日

医療機関長各位

旭川市医師会

会長 増田 一 雄

北海道医療給付事業(重度心身障害者・母子家庭等・乳幼児)
の一部改正について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、北海道医療給付事業につきましては、重度心身障害者、母子家庭等の母及び児童、乳幼児並びに一人暮らし老人等を対象に医療保険の患者負担分を道と市町村が助成しているものですが、今般、一部改正されることとなり本年10月1日診療分から適用となることとなりました。

一部改正の詳細につきましては北海道医報附録(平成16年9月1日付け)に掲載されておりますのでご参照下さい。

なお、旭川市では本医療費助成事業につきましては現行どおりで変更はございませんが、本年10月1日から重度心身障害者及び母子家庭等医療費助成事業に係る医療費請求書様式が改正されたことに伴い、新様式の請求書を9月下旬に各医療機関に送付することになっております。

敬具

— 医療保険部 —

乳幼児医療費助成事業実施内容（概要）

（旭川市、美瑛町、鷹栖町、東神楽町、東川町）

平成16年10月1日現在

	助 成 内 容			事務手数料
	入 院	入 院	外	
旭川市	0才以上～6才未満 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	0才以上～3才未満 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	3才以上～6才未満 医療保険各法に定めるところによる一部負担金の2分の1を助成	1件 210円
美瑛町	0才以上～4才未満 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成 4才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 非課税世帯は初診時一部負担金を除いた自己負担額を助成 課税世帯は自己負担額の3分の2を助成 1割負担限度額 40,200円	0才以上～4才未満 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	4才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 非課税世帯は初診時一部負担金を除いた自己負担額を助成 課税世帯は自己負担額の3分の2を助成 1割負担限度額 12,000円	1件 241円
鷹栖町	0才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	0才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成		1件 241円 医療証明書 1件 105円
東神楽町				1件 241円
東川町				1件 241円



三分は平成16年10月1日変更分

乳幼児医療費助成制度の改正について

(平成16年10月改正)

東 川 町

美 瑛 町

東 神 楽 町

乳幼児医療費助成制度の概要について

目次

1. 乳幼児医療費助成事業	
◇乳幼児医療費助成事業の請求内容	2
◇乳幼児医療費受給者証の様式	4
◇乳幼児医療費請求書記書例(3町共通様式)	5
2. 請求書様式(3町共通様式)	
◇乳幼児医療費助成金請求書(限度額内用)	7
◇乳幼児医療費助成金請求書(限度額超過用)	8
3. 3町の改正状況比較図	9

<福祉医療担当 問い合わせ先>	
東川町役場	保健福祉課社会福祉係 (0166) 82-2111 (内線502) 〒 071-1492 上川郡東川町東町1丁目16番1号
美瑛町役場	住民生活課国民健康係 (0166) 92-4262 (直通) 〒 071-0292 上川郡美瑛町本町4丁目6番1号
東神楽町役場	住民福祉課保険医療係 (0166) 83-5403 (直通) 〒 071-1592 上川郡東神楽町南1条西1丁目3番2号

医療費助成制度の概要(平成16年10月より)

1. 乳幼児医療費助成事業

(1)対象者

以下の要件にすべて該当する乳幼児を対象としています。

- ・就学前乳幼児(東川、東神楽町:平成10年4月2日以降生まれの者)
(美瑛町:平成10年10月1日以降生まれの者)
- ・医療保険各法の規定による被保険者または被扶養者
- ・生活保護法による保護を受けていない者

(2)医療機関において徴収をしていただく額

対象者はすべて「乳」乳幼児医療費受給者証」を所持していますので、その受給者証のマルで囲まれたマーク等をご確認いただきまして、必要な金額を徴収してください。

受給者証のマーク		医療機関で徴収をする額	対象
乳初	美瑛町のみ	初診時一部負担金 + 〔保険診療外分 標準負担額 基本利用料〕	4歳以上 就学時前の 非課税世帯
乳課	美瑛町のみ	1割負担 〔1ヵ月の限度額 外来:12,000円 入院:40,200円〕 + 〔保険診療外分 標準負担額 基本利用料〕	4歳以上 就学時前の 課税世帯
乳	東川町 美瑛町 東神楽町	保険診療外分 標準負担額 基本利用料	4歳未満 (就学時前の 年齢※) ※東川町、東 神楽町のみ

(3)受給者証の確認ができない場合は？

受給者証を忘れたなどにより、受給資格が確認できない場合は、各町の福祉医療担当係までご連絡いただき、受給資格の確認をしてください。

(4)助成対象医療費等のご請求とお支払い

助成対象医療費または事務手数料の請求は、原則、診療を行った月の翌月13日までにご請求ください。

また、従来乳幼児医療費請求書の様式をあらため、「限度額内用」と「限度額超過用」の2種類の請求書に変更となりました。

請求書作成に当たりましては、主に入院による自己負担額が超過した場合などのときは、後

者の「限度額超過用」様式によりご請求いただくこととしており、新様式のお使い分けをお願いします。(レセプト請求システムによる指定様式でも請求可能です。)

(5)ご請求金額のお支払い

期日までにご請求のあった医療費助成額は、原則、請求月の末日(土・日・祝日の場合はその前日)に、請求書によりご指定された口座へお振込みをいたします。

なお、事務手数料でお支払いをする額は、前月に請求された受診件数に対して、一件当たりの事務手数料額を乗じて計算しております。

また、お支払いのある月は、事前に「支払通知」を送付してご案内をさせていただいております。

(6)乳幼児用の請求書のご利用について(コピーしてお使いください。)

(4)でも触れておりますが、乳幼児用請求書の様式は、従来の各町ごとに定めている様式をあらため、3町の様式を同じ形式に統一することになりました。

あたらしい請求書の様式は、原則、各町から郵送を行っておりませんので、お手数ですが、7ページにある様式をコピーしてご利用ください。

<乳幼児医療費受給者証の様式>

【東神楽町】【東川町】【美瑛町4歳未満児用】

乳		乳幼児医療費受給者証	
記号		番号	
乳 幼 児	住 所	〒 上川郡〇〇町	
	氏 名		男・女
	生 年 月 日	平成 年 月 日生	
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
発行機関名 及 び 印	上川郡〇〇町長 印		
交付年月日	平成 年 月 日		

※
東川町 } 1種類の受給者証を使用
東神楽町 }

美瑛町……3種類の受給者証を使用

【美瑛町4歳以上の非課税世帯用】

乳初		乳幼児医療費受給者証	
記号		番号	
乳 幼 児	住 所	〒 上川郡〇〇町	
	氏 名		男・女
	生 年 月 日	平成 年 月 日生	
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
発行機関名 及 び 印	上川郡〇〇町長 印		
交付年月日	平成 年 月 日		

【美瑛町4歳以上の課税世帯用】

乳課		乳幼児医療費受給者証	
記号		番号	
乳 幼 児	住 所	〒 上川郡〇〇町	
	氏 名		男・女
	生 年 月 日	平成 年 月 日生	
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
発行機関名 及 び 印	上川郡〇〇町長 印		
交付年月日	平成 年 月 日		

乳幼児医療費助成金請求書(限度額内用 記載例)※3町共通様式

〇〇町長

様

平成 年 月 日

平成 16 年 10 月分乳幼児医療費及び取り扱い手数料として、次のとおり請求します。

医療機関コード	1234567		
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号	旭川市〇条〇丁目〇-〇 旭川クリニック 院長 旭太郎 印 0166-92-1111		
振込先	金融機関名	旭川銀行	
	支店名	大雪支店	
	口座番号等	種・号	0100000
	ふりがな口座名	あさひかわくりにっく いんちよう あさひたろう 旭川クリニック 院長 旭太郎	

保険給付	件数	診療報酬請求総点数(10割)	請求額計算方法	医療費請求額	初診時一部負担金	医療費請求額計	事務費請求額
7割	2	3,090	×3	1,170	580		
7割(2/3)	2	13,921	×3×2/3	27,842			
8割	4	34,279	×2	68,558			
育成医療・精神自己負担額							
計	8			97,570	580	96,990	1,928

(内訳)

診療年月	受給者番号	患者氏名	診療区分	保険種	保険給付7割	保険給付7割2/3助成分	保険給付8割	育成医療・精神自己負担額	初診時一部負担金
10	100600	大雪 一	入・内	国・社	572				580
10	120200	大雪 花	入・内	国・社		3,121			
10	160800	大雪美咲	入・外	国・社			23,157		
10	110300	大雪 丘	入・外	国・社		10,800			
10	130500	大雪大介	入・内	国・社	2,518				580
10	150500	大雪小町	入・内	国・社			2,298		0
10	140700	大雪 純	入・内	国・社			4,521		
10	160300	大雪鈴蘭	入・内	国・社			4,303		
					3,090	13,921	34,279		580

平成 16 年 10 月診療分からこの請求書を使用してください

初診時一部負担金を伴わない初診の場合はマルで囲ってください

乳幼児医療費助成金請求書(限度額超過用 記載例)※3町共通様式

〇〇町長

様

平成 年 月 日

平成 16 年 10 月分乳幼児医療費及び取り扱い手数料として、次のとおり請求します。

(乳幼児医療費が自己負担限度額を超えたもの)

医療機関コード	1234567		
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号	旭川市〇条〇丁目〇-〇 旭川クリニック 院長 旭 太郎 印 0166-92-1111		
振込先	金融機関名	旭川銀行	
	支店名	大雪支店	
	口座番号等	普・当	0100000
	ふりがな口座名	あさひかわりにつく いんちよう あさひたろう 旭川クリニック 院長 旭太郎	

保険給付	件数	診療報酬請求総点数 (10割)	請求額計算方法	医療費請求額	自己負担限度額	医療費請求額合計	事務費請求額
7割	2	72,185	×3	216,555	52,200	164,355	
育成医療・結核・精神自己負担額							
計	2			216,555	52,200	164,355	482

(内訳)

診療月	受給者番号	患者氏名	診療区分	保険種	保険給付7割	自己負担限度額	育成医療・結核・精神自己負担額
10	120300	大雪 勇	○ 外	○ E	58,931	40,200	
10	110100	大雪 歳三	○ 人	○ E	13,254	12,000	
		件数			2		
		点数又は金額			72,185	52,200	

入院で 40,200 円を超えた場合にこの請求書を使用してください。

一つの医療機関での外来が 12,000 円を超えたことが、明確に確認できた場合に限りこの請求書を使用してください。

乳幼児医療費助成金請求書 (限度額内用)

町長

様

平成 年 月 日

平成 年 月分乳幼児医療費及び取り扱い手数料として、次のとおり請求します。

医療機関コード			
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号		印	
振込先	金融機関名		
	支店名		
	口座番号等	普・当	
	ふりがな口座名		

保険給付	件数	診療報酬請求総点数 (10割)	請求額計算方法	医療費請求額	初診時一部負担金	医療費請求額合計	事務費請求額
7割	件	点	× 3	円	円	円	
7割(2/3)	件	点	× 3 × 2/3	円			
8割	件	点	× 2	円			
育成医療・精神自己負担額	件			円			
計	件			① 円	② 円	③-④ 円	円

(内訳)

診療年月	受給者番号	患者氏名	診療区分	保険種	保険給付7割	保険給付7割2/3助成分	保険給付8割	育成医療・精神自己負担額	初診時一部負担金
			入・外	国・社	点	点	点	円	円
			入・外	国・社					
			入・外	国・社					
			入・外	国・社					
			入・外	国・社					
			入・外	国・社					
			入・外	国・社					
			入・外	国・社					
			入・外	国・社					
			入・外	国・社					
計		件数		件	件	件	件	円	円
		点数又は金額		点	点	点	点	円	円

乳幼児医療費助成金請求書 (限度額超過用)

町長

様

平成 年 月 日

平成 年 月分乳幼児医療費及び
取り扱い手数料として、次のとおり請求
します。
(乳幼児医療費が自己負担限度額を超
えたもの)

医療機関コード			
医療機関等の所 在地・名称・開設 者氏名・電話番号		④	
振	金融機関名		
	支店名		
込	口座番号等	普・当	
	ふりがな 口座名		
先			

保険給付	件数	診療報酬請求 総点数 (10割)	請求額 計算方法	医療費請求額	自己負担限度額	医療費請求額 合	事務費請求額
7割	件	点	×3	⑤ 円	⑥ 円	⑦-⑧ 円	
育成医療・ 結核・精神 自己負担額	件			円			
計	件			円	円	円	円

(内訳)

請求年月	受給者番号	患者氏名	診療区分	保険証	保険給付7割	自己負担限度額	育成医療・結核・精神 自己負担額
			人・外	国・社	点	円	円
			人・外	国・社			
			人・外	国・社			
			人・外	国・社			
			人・外	国・社			
計		件数			件	円	
		点数又は金額			点	円	円

3. 3町の改正状況比較図（平成16年10月改正）

※改正された部分は、網掛けとなっております。

●高齢心身障害者	【対象者】			【対象医療費】			【本人負担】		
	東川	美濃	東神高	東川	美濃	東神高	東川	美濃	東神高
～H16.9			所得制限なし				課税世帯		
			所得制限なし				非課税世帯	初診時一部負担金	初診時一部負担金
H16.10～			所得制限なし				課税世帯		
			所得制限なし				非課税世帯	初診時一部負担金	初診時一部負担金
●母子・父子家庭	【対象者】			【対象医療費】			【本人負担】		
	東川	美濃	東神高	東川	美濃	東神高	東川	美濃	東神高
～H16.9			所得制限なし			母の入院	課税世帯		
	父子家庭		父子家庭	父の入院		父の入院	非課税世帯	初診時一部負担金	初診時一部負担金
H16.10～			所得制限なし			母の入院	課税世帯		
	父子家庭	父子家庭	父子家庭	父の入院	父の入院	父の入院	非課税世帯	初診時一部負担金	初診時一部負担金
●乳幼児	【対象者】			【対象医療費】			【本人負担】		
	東川	美濃	東神高	東川	美濃	東神高	東川	美濃	東神高
～H16.9			所得制限なし	6歳未満の通院	4歳未満の通院	6歳未満の通院	課税世帯		
			所得制限なし	6歳未満の入院	3歳未満の通院	3歳未満の通院	非課税世帯	本人負担なし	本人負担なし
H16.10～			所得制限なし	6歳未満の入院	4歳未満の通院	6歳未満の通院	課税世帯		
			所得制限なし	6歳未満の入院	3歳未満の通院	3歳未満の通院	非課税世帯	本人負担なし	本人負担なし

●H17年4月以降の改正内容

東神高町…道基準どおりに改正(1割負担の導入など)し、受給者証も改める。

東川町、美濃町…未定

医療費助成事業(重度・母子・乳幼児)の早見表

●H16年10月からの医療費助成内容と受給者証

	<H16.9月まで>	<本人負担>	<H16.10月～>	<受給者証の改正>
■乳幼児医療費事業 東川町、東神楽：6歳未満の入院院	負担なし	⇒	[New 1] 就学時前まで入院院負担なし	⇒ 従来証(変更なし)
美珠町 <ul style="list-style-type: none"> 4歳未満の入院院 負担なし 4～6歳未満の入院 負担なし 	⇒	改正なし	⇒	従来証(変更なし)
■重度心身障害者事業 3町：初診時一部負担金のみ	⇒	改正なし	⇒	3町： 【初】 証をあらたに発行 [New 1]
■母子・父子家庭等事業 (1) 母子家庭 3町：初診時一部負担金のみ	⇒	改正なし	⇒	3町： 【初】 証をあらたに発行 [New 1]
(2) 父子家庭 [New 1] 東川町、東神楽：窓口償還払い 美珠町：負担なし	⇒	改正なし	⇒	3町： 【初】 証をあらたに発行 [New 1]

●H17年4月以降の改正内容

東神楽町…道基準どおりに改正(1割負担の導入)し、受給者証も改める。
 東川町、美珠町…未定