

平 町 国 医 号  
平成20年 6月 9日

保険医療機関・保険薬局 各位

平取町長 中 道 善 光



乳幼児等医療助成事業に係る審査支払事務について

さわやかな初夏の風、貴職におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、日頃から本町の健康保険事業及び北海道医療給付事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、昨年8月から始まりました自治体医療にかかる審査支払事務について、この度、審査支払機関（北海道社会保険診療報酬支払基金及び北海道国民健康保険団体連合会）から、今後のレセプトオンライン化等を見据えた、乳幼児医療助成事業の市町村への請求事務を受託したいとの申出があり、本町におきましても、支払事務の大幅な簡素化及び医療費の適正化が見込まれることから、審査支払機関と平成20年8月診療分から契約を交わす方向で現在手続き等進めております。

つきましては、8月診療分からは審査支払機関に併用レセプトによる請求となりますことから、乳幼児医療に係る診療報酬請求書等の作成に当たっては、平成19年6月1日付けをもって審査支払機関から保険医療機関等に発出されました事務連絡等をご参照のうえ請求されませうようお願い申し上げます。

従いまして、これまで貴職から直接本町に請求しておりました乳幼児医療費及び取扱手数料については、平成20年7月診療分を以って終わりとしていただき、8月診療分以降の取扱手数料（1件210円）の支払いを廃止することになりましたので、何卒ご理解のうえ、ご協力願います。

なお、本町の助成事業の内容については、受給者証の裏面に記載されておりますが、ご不明な点がございましたら当町民課国保医療係まで照会していただきますようお願い申し上げます。

記

1. 照会先 平取町町民課国保医療係 担当：加藤、貝沢  
住所：沙流郡平取町本町35番地1ふれあいセンターびらとり内  
電話：04157-4-6111
2. その他 重度心身障害者医療助成事業及びひとり親家庭等医療助成事業については、これまでどおり所定の様式（請求書）により北海道国民健康保険団体連合会経由で請求願います。

2 北海道医療給付事業補助要綱「乳幼児医療給付事業」を採用している市町村の場合（北海道の基準）  
【支払基金と審査支払事務契約の市町村】

（「3歳から6歳に達する以後の3月31日までの乳幼児」と「就学中の児童」の作成例）

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">乳課</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">乳幼児等医療費受給者証</div>			
平成 27 年 12 月 17 日			
公費負担者番号	90010000	受給者番号	00000000
乳幼児	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年	月 日 生
有効期間	平成 年 月 日から		
	平成 年 月 日まで		
		・ 就学中は【入院のみ有効】の表示	
発行機関名及び印			
交付年月日		平成 年 月 日	

公費負担者番号欄等

公費負担者番号は法別「90」とし、受給者番号は「6桁+CD1桁」として受給者番号欄に記載願います。

注意事項

- 1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。  
① 医科、歯科、調剤、柔道整復の場合 1割に相当する額  
② その他市（町村）長が定める額
- 2 この証は、北海道外の保険医療機関では使用できません。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 4 転出等により受給者の資格がなくなったときには、すみやかにこの証を市（町村）長に返還してください。
- 5 住所、氏名に変更があったときは、〇日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、〇日以内にこの証を添えて、市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- 8 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、すみやかに市（町村）長に返還してください。
- 9 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受ける場合があります。

1 北海道医療給付事業補助要綱「乳幼児医療給付事業」を採用している市町村の場合（北海道の基準）

【支払基金と審査支払事務契約の市町村】

（「3歳未満の乳幼児」と「非課税世帯の乳幼児」の作成例）

<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-right: 10px;">乳初</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">乳幼児等医療費受給者証</div>			
<p style="font-size: small;">乳初受給者番号 "1917"</p>			
公費負担者番号	90010000	受給者番号	00000000
乳幼児	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年	月 日生
有効期間	平成	年	月 日から
	平成	年	月 日まで
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 証の更新途中で就学する場合【〇月〇日からは入院のみ有効】の表示</li> <li>・ 就学中は【入院のみ有効】の表示</li> </ul>			
発行機関名及び印			
交付年月日	平成	年	月 日

公費負担者番号欄等

公費負担者番号は法別「90」とし、受給者番号は「6桁+CD1桁」として受給者番号欄に記載願います。

注意事項

- 1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
  - ① 医科受診の場合 〇〇〇円
  - ② 歯科受診の場合 〇〇〇円
  - ③ 柔道整復受療の場合 〇〇〇円
  - ④ その他市（町村）長が定める額
- 2 この証は、北海道外の保険医療機関では使用できません。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。
- 4 転出等により受給者の資格がなくなったときには、すみやかにこの証を市（町村）長に返還してください。
- 5 住所、氏名に変更があったときは、〇日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、〇日以内にこの証を添えて、市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- 8 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、すみやかに市（町村）長に返還してください。
- 9 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受ける場合があります。