

平成25年6月20日

各医療機関御中

青森市長 鹿内 博
(公印省略)

青森市（子ども・ひとり親家庭等・重度心身障害者）医療費助成事業の
現物給付実施に伴うご協力について（依頼）

平素より、本市、子ども医療費助成事業等の実施にあたりましては、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、これまで皆様のご協力により、診療給付証明書による償還払いで実施してまいりました医療費助成事業につきましては、本市の更なる子育て支援の充実に図るため、来る平成25年8月1日診療分から小学生以下の受給者を対象に、公費併用レセプトを使用した「現物給付」を実施することといたしました。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ですが、医療費助成事業の円滑な運営に、ご理解、ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、レセプト作成の際の参考としていただきますよう、現物給付用「医療費助成医療証」を同封いたします。

記

1 現物給付実施対象事業

- 重度心身障害者医療費助成事業（公費負担者番号 80020019）
- 子ども医療費助成事業（小学生は入院のみ）（公費負担者番号 81020018）
- ひとり親家庭等医療費助成事業（公費負担者番号 82020017）

2 現物給付の対象者

上記医療費助成の受給者で「小学校6年生までの者」及び「重度心身障害者医療費助成の国民健康保険加入者」

※ただし、国保0歳児はこれまで同様10割レセプトで対応します。

3 実施時期

平成25年8月1日診療分から

4 医療証について

医療証は全て新しい受給者番号で発行となります。必ずご確認の上請求してください。

●子ども医療費助成（3種類）

- ①国保0歳（現物）・・・・・・・・・・ 乳児十割証（通院・入院用）
- ②就学前用（現物）・・・・・・・・・・ 医療証（通院・入院用）
- ③小学生用（現物）・・・・・・・・・・ 医療証（入院用）

●ひとり親家庭等医療費助成（2種類）

- ④小学生以下（現物）・・・・・・・・・・ 受給者証（個人用・・・1人に1枚交付）
- ⑤中学生以上（償還）・・・・・・・・・・ 受給者証（世帯用<現行どおり>）

●重度心身障害者医療費助成（2種類）

- ⑥国保及び社保加入の小学生以下（現物）・・・ 受給者証
- ⑦後期及び社保加入の中学生以上（償還）・・・ 決定通知書

5 診療給付証明書の作成について（給付証明書の様式は変わりません）

- 子ども医療費助成・・・・・・・・・・作成不要
- ひとり親家庭等医療費助成・・・・・・・・上記⑤受給者証（世帯用）の方を作成
- 重度心身障害者医療費助成・・・・・・・・上記⑦決定通知書の方を作成

※上記⑤⑦の受給者証には、公費負担者番号の表示はありません。

※上記⑥の国保（負担割合1割）の方も給付証明書の作成は不要となります。

※カード忘れ・未提示等で料金徴収となった場合でも、小学生以下の給付証明書の作成は不要です。（受給者が市へ直接請求します。）

6 その他

①受給者証は、毎回必ずご確認ください。

②医療証未提示の場合は、現物給付の取扱いはできません。料金を徴収し、通常レセプトで請求してください。

③同一月内で医療証提示日（現物）と未提示日（料金徴収）がある場合は、公費併用レセプト公費点数欄に提示日分（料金徴収なし分）の点数を記載してください。

④社保加入者（国保組合む）の入院は「医療証」のほか「限度額適用認定証」と合わせて提示した場合に現物給付の取扱いとなります。

⑤「乳幼児健康診査の精密健康診査」対象分について

「乳児又は幼児健康診査費用請求書」等により

1. 全額健康づくり推進課（元気プラザ）へ請求した場合・・・通常レセプト
2. 元気プラザへの請求分以外にも診療がある場合・・・公費併用レセプト
レセプト「公費点数欄」に元気プラザ請求分以外の点数を記載してください。

⑥医療証は7月10日頃郵送予定ですが、7月中は現物給付での取扱いはできません。レセプト返戻となりますので取扱いにご注意願います。

担当 青森市国保医療年金課医療助成チーム
TEL: 017-734-5345

◆青森市医療費助成事業（H25年8月診療分～）

制度	重度心身障害者医療費助成		子ども医療費助成		ひとり親家庭等医療費助成	
医療証・受給者証	重度心身障害者 医療費受給者証	重度心身障害者 受給資格決定通知書	子ども医療費助成医療証	国保乳児1割給付医療証	ひとり親家庭等医療費受給資格証	
公費負担者番号	80020019	医療証に公費負担者番号 の表示がありません	81020018	医療証に公費負担者番号 の表示がありません	82020017	医療証に公費負担者番号 の表示がありません
	公費併用レセプト	通常レセプト	公費併用レセプト	乳児10割レセプト	公費併用レセプト	通常レセプト
	現物給付	償還払 <給付証明書を作成>	現物給付	現物給付	現物給付	償還払 <給付証明書を作成>
就学前	課税世帯は 1割負担有 ⑤		通院・入院用 ②	国保0歳児のみ ①	受給資格証は 個人ごとに交付 ④	
小学生			入院用 ③			
中学生以上	国保の方 課税世帯は 1割負担有 ⑥	社保・後期の方 ⑦	非該当		受給資格証は 世帯ごとに交付 ⑤	

重度心身障害者医療証について

※医療証の有効期間は毎年10月1日から翌年9月30日（期間中65歳に到達となる方は誕生日の前日まで）となります。

<現物給付用>

重度心身障害者医療費受給者証

（公費番号あり・色つき）

対象者：国保加入者

小学生以下の社保・共済等加入の児童

1 一部負担金の請求について

受給者証の一部負担金割合欄の0割又は1割で徴収してください。

※レセプトには公費負担者番号と受給者番号及び1割の方は一部負担金額欄に1割分を記載してください。

2 診療給付証明書の記載について

現物給付の方は、給付証明書への記載は不要です。

<償還払い用>

重度心身障害者受給資格決定通知書

（公費番号なし・白）

対象者：中学生以上の社保・共済等加入者
後期高齢者医療保険加入者

1 一部負担金の請求について

決定通知書に記載の一部負担金の割合に関わらず保険証の負担割合で徴収してください。

2 診療給付証明書の記載について


全員について記載してください。（その際は、保険診療分の点数及び金額をお願いします。）


⑥


障 重度心身障害者医療費受給者証 (65歳未満・国民健康保険加入者用)																			
公費負担者番号	8	0	0	2	0	0	1	9											
受給者番号																			
受住所 給 氏名 生年月日	見本																		
										被保険者 (世帯主) 氏名									
										一部負担金の割合	割								
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	青森市長																		
交付年月日	平成	年	月	日															


⑦

重度心身障害者受給資格決定通知書 (償還払用)																			
あなたは平成 年 月 日から平成 年 月 日まで、重度心身障害者医療費助成の対象者となりましたので通知します。																			
平成 年 月 日																			
青森市長																			
受給者番号																			
受住所 給 氏名 生年月日	見本																		
										被保険者 (世帯主) 氏名									
										一部負担金の割合	割								
被保険者 (世帯主) 氏名																			
受給者の続柄																			
一部負担金の割合	割																		

青森市国保乳児十割給付医療証 ① (通院・入院用)	
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
受給者番号	
対象乳児氏名 (生年月日)	平成 参考 年 月 日
保護者氏名	
国保被保険者 記号番号	青森
<p>上記対象乳児の有効期間内における療養の給付にかかる一部負担金については、支払いを要しないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日 青森市長 </p>	

青森市子ども医療費助成医療証 ② 現物給付……(通院・入院用) ※入院時は、限度額適用認定証の提示が必要です。	
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担者番号	81020018
受給者番号	
対象者氏名 (生年月日)	平成 参考 年 月 日
保護者氏名	
加入種類 保険記号・番号	
一部負担金	なし(※食事療養費は支払が必要です)
<p>上記対象者の有効期間内における療養の給付に係る一部負担金については、支払いを要しない(入院時は限度額適用認定証を提示した場合に限る)ことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日 青森市長 </p>	

青森市子ども医療費助成医療証 ③ 現物給付……(入院用) ※入院時は、限度額適用認定証の提示が必要です。	
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担者番号	81020018
受給者番号	
対象者氏名 (生年月日)	平成 参考 年 月 日
保護者氏名	
加入種類 保険記号・番号	
一部負担金	なし(※食事療養費は支払が必要です)
<p>上記対象者の有効期間内における療養の給付に係る一部負担金については、支払いを要しない(入院時は限度額適用認定証を提示した場合に限る)ことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日 青森市長 </p>	

青森市医療費受給資格証 ④ ひとり親家庭等 現物給付(通院・入院用) ※入院時は、限度額適用認定証の提示が必要です。	
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担者番号	82020017
受給者番号	
対象者氏名 (生年月日)	平成 参考 年 月 日
保護者氏名	
一部負担金	なし(※食事療養費は支払が必要です)
<p>上記対象者の有効期間内における療養の給付に係る一部負担金については、支払いを要しない(入院時は限度額適用認定証を提示した場合に限る)ことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日 青森市長 </p>	