

ひとり親家庭医療費助成方法の変更について

平成29年5月
会津若松市 こども家庭課

1. 助成方法変更の目的

現在は、受給者が窓口で一旦保険診療分の一部負担金を支払い、助成申請書を提出後に助成を行う方式（償還払い方式）をとっておりますが、これを、窓口での受給者の支払いをなくす方式（窓口無料化）へと変更します。

併せて1世帯1月1,000円の自己負担もなくします。

窓口での負担をなくすことで受給者の経済的負担を軽減し、医療機関を受診しやすい環境を作ることで、早期受診により重篤化を防ぎ、ひとり親家庭の自立を支援することを目的とします。

2. 助成方法の変更による効果

【受給者】

窓口での一部負担金の支払いや医療費助成申請手続きが原則として不要となり、経済的負担の軽減や手続きの煩雑さや申請忘れ等の解消につながります。

【医療機関等】

医療機関から直接市へ請求していただきます社会保険加入者分については、医療費一部負担額の請求が社会保険診療報酬支払基金（社保基金）となることで、事務の軽減や過誤の防止につながります。また、未回収医療費がなくなります。

3. 変更内容

【現行】

償還払い

【変更後】

加入する保険等により、取扱いが、原則として次の3通りに分かります。

◎社会保険・健康保険組合・共済組合加入者
⇒窓口無料化（現物給付）

子ども医療・重度医療と共通

◎国民健康保険者・国民健康保険組合加入者で21,000円未満
・柔道整復の療養を受けた場合
⇒窓口無料化（受領委任払い）

子ども医療・重度医療と異なる

◎国民健康保険組合加入者で21,000円以上の場合
⇒償還払い

子ども医療・重度医療と共通

※P7表参照

※P8図参照

4. 実施年月日

平成29年10月1日診療分より実施

5. 事務取扱

◎社会保険・健康保険組合加入者
(H27年度の助成実績件数割合 60%)

【助成方法】

償還払い ⇒ 現物給付

現行の「ひとり親家庭医療費助成申請書」による償還払いを廃止し、窓口での自己負担は不要となります。受給者の自己負担分については、社会保険診療報酬支払基金（社保基金）へ請求していただくようになります。

【窓口での取り扱い】

受給者は、医療機関等の窓口で「健康保険証」と「ひとり親家庭医療費受給資格証」を毎回提示することにより、医療費（保険診療の一部負担金・入院時食事療養費の標準負担額）が無料となります。

※受給対象者は、医療機関等の窓口へ「ひとり親家庭医療費助成申請書」（水色の用紙）を提出しなくてもよくなります。

【請求事務の取り扱い】

公費併用レセプトを使用し、ひとり親家庭医療費助成制度に設定された会津若松市の公費負担者番号と、受給対象者個別の受給資格番号をレセプトに記載して、社保基金へ請求し、その支払いを受けてください。

○公費負担者番号 8桁 『80070022』
○受給資格番号 7桁 （現行の6桁から変更になります）

【注意点】

- ①社保基金への公費併用レセプトでの請求は、平成29年10月1日診療分以降からとし、平成29年9月以前の診療分は、全て現行の方法で請求してください。
- ②国保等加入者分を、公費併用レセプトで支払基金へ請求することがないようにしてください。

◎国保・国保組合加入者、柔道整復の療養を受けた場合
(H27年度の助成実績件数割合 40%)

【助成方法】

償還払い ⇒ 受領委任払い

受給者から提出された「ひとり親家庭医療費助成申請書」(緑色の用紙)に証明し医療機関から市に請求する方法です。受給者は医療機関に医療費の受領を委任する形になります。

(1) 1ヶ月の合算金額が21,000円未満

【窓口での取り扱い】

受給者は、「ひとり親家庭医療費助成申請書」(緑色の用紙)に記載し医療機関等の窓口で「健康保険証」と「ひとり親家庭医療費受給資格証」を毎回提示することにより、医療費(保険診療の一部負担金・入院時食事療養費の標準負担額)が無料となります。

【請求事務の取り扱い】

受給者から提出された「ひとり親家庭医療費助成申請書」の受領委任払い項目に〇をし、証明をして、1ヶ月分の医療費の一部負担金を市に請求し、市からその支払を受けます。

(2) 1ヶ月の合算金額が21,000円以上

【窓口での取り扱い】

受給者は、「ひとり親家庭医療費助成申請書」(水色の用紙)及び「国民健康保険高額療養費支給申請書」(P10参照)に記載し、医療機関等の窓口で「健康保険証」と「ひとり親家庭医療費受給資格証」を毎回提示することにより、医療費(保険診療の一部負担金・入院時食事療養費の標準負担額)が無料となります。

【請求事務の取り扱い】

受給者から提出された「ひとり親家庭医療費助成申請書」の受領委任払い項目に〇をし、証明をして「国民健康保険高額療養費支給申請書」とともに、1ヶ月分の医療費の一部負担金(3割)を、国保レセプト確定後に市に請求し、市からその支払いを受けます。

例外

次の場合は、償還払いで取り扱ってください。

- ・国保組合加入者で21,000円以上の場合

【注意点】

①社会保険加入者分を、上記の様式で市へ請求することがないようにしてください。

②平成29年10月以降に使用する「ひとり親家庭医療費助成申請書」の様式は、現行の「ひとり親家庭医療費助成申請書」様式から変更となります。
(P9参照)

◎国保組合加入者で21,000円以上の場合

【助成方法】

償還払い

受診者が医療機関等に対して保険診療の一部負担額を支払った後に、市に対して助成額の請求を行い、支払いを受ける方式です。

【窓口での取り扱い】

受給者は、「ひとり親家庭医療費助成申請書」(水色の用紙)に記載し、医療機関等の窓口で「健康保険証」と「ひとり親家庭医療費受給資格証」を毎回提示し、医療費(保険診療の一部負担金)を支払います。

【請求事務の取り扱い】

受給者から提出された「ひとり親家庭医療費助成申請書」の償還払いの項目に○をし、1ヶ月分の医療費(保険診療の一部負担金)を記載し証明の上、こども家庭課に送付します。

【注意点】

①平成29年10月以降に使用する「ひとり親家庭医療費助成申請書」の様式は、現行の「ひとり親家庭医療費助成申請書」様式から変更となります。
(P9参照)

◎その他の償還払い

次のような場合は、加入保険等の違いによらず、償還払いとなります。

- ・ 医療機関へ受給資格証の提示がない方
- ・ 国保及び国保組合加入の方で市外医療機関での診療、社会保険加入の方で県外医療機関での診療を受けた方
- ・ 受給者が医師の同意を得て治療用装具を購入した場合

6. 新受給者証について

新制度（窓口無料化）に伴い受給者証の様式が変わります。（P11参照）
新受給者証は平成29年8月に発行します。

そのため、平成29年8月1日から平成29年9月30日までの間は、旧制度であるにも関わらず、新受給者証が提示されることとなりますが、請求事務は旧来の通りとなりますのでご注意ください。

○新受給資格者証の変更内容

- ・ 8桁の公費負担番号が追加となります。支払基金へ請求の際はこの番号を記載してください。受領委任払いや償還払いの場合は特に使用しません。
- ・ 受給者の資格者番号が6桁から7桁に変更になります。
- ・ 加入保険が記載となります。
- ・ QRコードの印字がなくなります。

○変更にかかる取り扱い

(例)

- ・ 平成29年7月までの受診の場合、受給者番号は旧番号（6桁）で請求
- ④ 平成29年8月から9月末日までの受診の場合、まだ旧制度ではありますが新資格者証は8月発行のため、受給者番号は新番号（7桁）で請求
- ・ 平成29年10月以降受診の場合、受給者番号は新番号（7桁）で請求となります。

7. その他

他の医療費公費負担制度（自立支援医療、難病）等は、ひとり親家庭医療費助成制度に優先されますので、他制度併用可能な方については優先順位をご確認いただき、最終的な自己負担額について市へ請求するようにお願いいたします。

○ 有知期限) 必ず確認
○ 保険

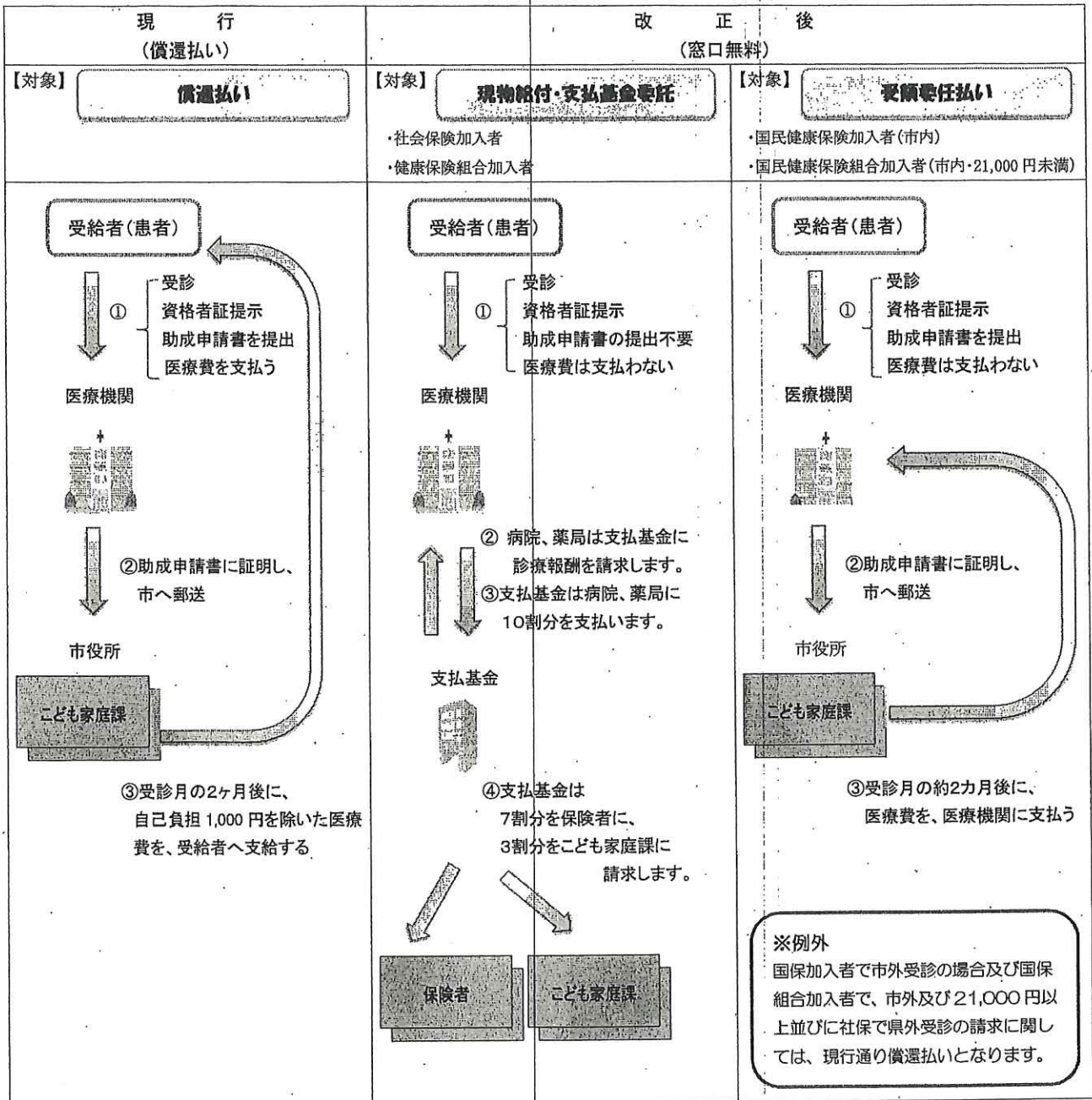
加入保険	窓口での取り扱い	請求事務の取り扱い
社保・健保組合 (現物給付)	①保険証、受給者証を確認します。 ※助成申請書の記載は不要です。 ※医療費一部負担金の受領は不要です。	①公費併用レセプトを使用し、社保基金に毎月10日までに診療報酬を請求します。 ②支払基金より診療報酬額の支払いを受けます。(約2か月後)
国保で21,000円未満 国保組合で21,000円未満 柔道整復療養 (受領委任払い)	①保険証、受給者証を確認します。 ②受給者に「助成申請書」に記載してもらい預かります。 ※医療費一部負担金の受領は不要です。	①受給者より預かった「助成申請書」により毎月20日までに子ども家庭課に診療報酬額(3割)を端数処理をして請求します。 ※診療報酬額(7割)は国保へ請求します。 ・1ヶ月分の医療費の一部負担金を記載し、内容証明する。 ・受領委任払いの項目に○をつける。 ②子ども家庭課より診療報酬額(3割)の支払を受けます。(約2か月後)
国保で21,000円以上 (受領委任払い)	①保険証、受給者証を確認します。 ②受給者に「助成申請書」及び「高額療養費支給申請書」に記載してもらい預かります。 ※医療費一部負担金の受領は不要です。	①受給者より預かった「助成申請書」及び「高額療養費支給申請書」により毎月20日までに子ども家庭課に診療報酬額(3割)を端数処理をしてを請求します。 ※診療報酬額(7割)は国保へ請求します。 ・1ヶ月分の医療費の一部負担金を記載し、内容証明する。 ・受領委任払いの項目に○をつける。 ②子ども家庭課より診療報酬額(3割)の支払を受けます。(国保レセプト確定後)
国保組合で21,000円以上 (償還払い)	①保険証、受給者証を確認します。 ②受給者に「助成申請書」に記載してもらい預かります。 ③医療費一部負担金(3割)を受領します。	①毎月20日までに受給者より預かった「助成申請書」に1ヶ月分の医療費の一部負担金を記載し、内容証明した上で子ども家庭課に送付します。 ※償還払いの項目に○をつける。

三医療費助成方法の比較

	ひとり親家庭医療費		重度障がい者医療費	子ども医療費
	(現行)	(窓口無料化)		
社会保険等加入者	県内の医療機関等を受診した場合	現物給付	現物給付	現物給付
		受領委任払い	現物給付	現物給付 (入院時食事療養費以外)
国民健康保険加入者	市内医療機関等を受診し、一部負担金の額が月21,000円未満の場合	受領委任払い	現物給付	現物給付 (入院時食事療養費以外)
		受領委任払い	現物給付	現物給付 (入院時食事療養費以外)
医師、全国士木建築などの国民健康保険組合加入者	市内医療機関等を受診し、一部負担金の額が月21,000円未満の場合	受領委任払い	現物給付	現物給付
		償還払い	償還払い	償還払い
柔道整復療養費		受領委任払い	償還払い	受領委任払い

《参考》

○ ひとり親家庭医療費窓口無料化の流れ



録

案

受領委任払いの場合の文言が追加

※受給者番号、生年月日、保険者番号等に誤りがないか、押印したか、もう一度ご確認ください。

申請者記入欄

ひとり親家庭医療費助成申請書

会津若松市長 あて

私は、市長が特に認める医療機関等において当該医療機関等の窓口での一部負担金等の支払が免除された場合、市長から支給される当該免除された一部負担金等に相当する額の金員を受領する権限を当該医療機関等に委任いたします。

住所
申請者 氏名

会津若松市

受給者番号	受給者氏名	生年月日
平成 年 月 日生		
加入健康保険証	保険者番号	
	保険証記号・番号	

診療科	診療月			1 入院			1 被保本人		
	科	4	年	月	2 外来	3 薬剤	2 被扶養者	3 継続療養保険	
保険診療点数	合計 点数								点
	再掲：公費分点数 (1 精神保健福祉法 2 その他 ())								点
金額 (どちらかに○をつける)	保険適用額								円
	入院時食事療養費の回数・金額				食分				円
1 償還払い分 (受領金額)	育成・療育医療等徴収金								円
	柔道整復								円
2 受領委任払い分 (一部負担金の支払が免除された金額)	補装具								円
	薬剤の一部負担金								円
その他の								円	
上記のとおり証明します。				医療機関コード					
平成 年 月 日				所在地					
医療機関 又は薬局				名称					
				代表者氏名					

どちらかに○をつける

金額 (どちらかに○をつける)

1 償還払い分 (受領金額)

2 受領委任払い分 (一部負担金の支払が免除された金額)

現物給付高額療養費額				円
附加給付額				円
助成決定額				円

(案)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(会津若松市 重度心身障がい者医療費 助成該当分)
ひとり親家庭医療費

平成 年 月 診療分

入院 ・ 外来 ・ 薬剤 ・ 他

① 被保険者証の記号・番号	島6-	② 世帯主氏名	
③ 療養を受けた者の氏名	1	2	3
④ 生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
⑤ 個人番号			
⑤ 被保険者等区分	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般
⑥ 傷病名			
⑦ 病院・診療所・薬局等の名称・所在地	名称 所在地		
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日 まで (日間)	年 月 日から 日 まで (日間)	年 月 日から 日 まで (日間)
⑨ ⑧の期間中に支払った金額	円	円	円
⑩ 他の制度による一部負担金の全額又は一部について支給が受けられるかどうか	1 受けられる (制度名) 2 受けられない	1 受けられる (制度名) 2 受けられない	1 受けられる (制度名) 2 受けられない
⑪ ⑩で受けられる場合費用徴収の有無	有 無	有 無	有 無
⑫ 今回の申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費を受けた場合その直近の診療年月及び氏名	診療月 1回 氏名	2回 年 月 診療 氏名	3回 年 月 診療 氏名
審査決定額 A			
公費負担額 B			
一部負担額 C			
((A-B)×0)			

上記の者に係る高額療養費（会津若松市 重度心身障がい者医療費 助成該当分）の受領に関する権限を代理人に委任します。

平成 年 月 日 世帯主 住所

氏 名 印

個人番号

電話番号

提出者 世帯主の提出
(世帯主と異なる場合)
住所

氏名 (世帯主との関係)

電話番号

代理人 会津若松市長

太枠内は記入不要

高額区分		審査決定額 A			
1 一般		公費負担額 B			
2 退職本人	該当年月日	一部負担額 C			
3 退職扶養		((A-B)×0)			
4 高齢一般	負担区分	自己負担	基準額		
	0 上位所得(ア)		1%加算額		
	1 上位所得(イ)		限度額 D		
	2 課税(ウ)		高額療養費 E		
世帯合算	有 無		(C-D)		
多数該当	有 無				
	3 課税(エ)				
	4 非課税(オ)				

(案)

公費併用セプト
に記載

ワ本行

ひとり親家庭医療費受給資格者証


受給者	公費併用番号	8	0	0	7	0	0	2	2
	受給番号								
住所	住所								
	氏名								

受給者番号	対象者氏名	生年月日	資格喪失年月日

保険内容が
印字により

保険者番号	記号	番号
-------	----	----

有効期間	年	月	日から
	年	月	日まで

発行機関名 称及び印	福島県 会津若松市長	
---------------	---------------	--------------------------------------------------------------------------------------

交付年月日	年	月	日
-------	---	---	---