

平成17年9月1日

各保険医療機関等の長 殿

### 医療福祉(マル福)制度の改正について

茨城県保健福祉部長  
(公印省略)

初秋の候、皆様におかれましては、平素より医療福祉制度の円滑な実施に御協力いただき、深く感謝申し上げます。  
また、7月からの医療福祉受給者証記号番号の5桁表示への変更につきまして、お手数を煩わし大変恐縮する次第です。請求書につきましては、有効期限内のものであれば、ご請求時の使用に差し支えありませんので、併せてよろしく願いいたします。

さて、11月診療分から、医療福祉制度を下記のとおり改正することといたしましたので、取扱いにつきご留意いただきますようお願いいたします。

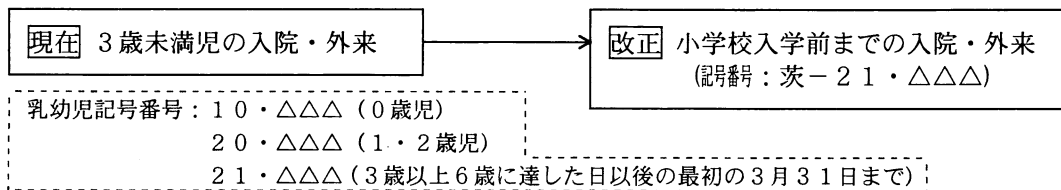
また、併せて、医療福祉費請求書(ピンク色の用紙)及び妊産婦医療福祉費支給申請書(水色の用紙)の様式も変更となりますので、来月送付いたします記入例を参考の上ご請求ください。なお、旧様式につきましても、有効期限内のものであれば使用可能ですので、重ねてお願い申し上げます。

#### 記

1. 改正実施時期 : 平成17年11月1日診療分から

#### 2. 改正点

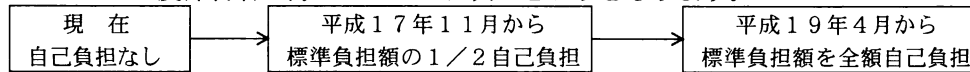
(1) 乳幼児医療費助成制度の対象年齢の引き上げ



(2) 自己負担の導入・変更

① 入院時食事療養費を助成対象外 → ◆食事療養費標準負担額(1日780円・650円・500円・300円)を全額受給者負担とします。

\*ただし、重度障害者の方については、次のとおりとなります。



② 入院の自己負担導入 → ◆1日300円月3,000円限度の自己負担をお願いします。

\*ただし、重度障害者の方については、従来どおり自己負担はありません。

③ 外来の自己負担額の改定 → ◆現在の1日500円月2回限度から1日600円月2回限度へ改定します。

\*ただし、重度障害者の方については、従来どおり自己負担はありません。

#### 【マル福自己負担一覧】

区分	外来自己負担	入院自己負担	食事療養費
乳幼児 母子 父子 妊産婦	医療機関毎に1日600円月2回限度	医療機関毎に1日300円 月3,000円限度	標準負担額 (1日780円・650円・500円・300円)を自己負担  *重度の方は平成19年3月まで上記の額の1/2を自己負担
重度	なし	なし	

(注意) \*妊産婦医療福祉費支給申請書(水色の用紙)の提出に際しては、必ず、受給者から医療保険の自己負担額(3割負担分)を受領のうえ、国保連合会へ提出してください。(妊産婦については、後日、市町村から受給者本人に、医療機関窓口でお支払いいただいた3割負担分も含めて振込みとなります。)

参考

新様式

(様式第6号)

医療機関・指定訪問看護コード			
医科	歯科	調剤	訪問
(福) 医療福祉費請求書			
有効期限		平成	年 月 診療分まで
平成		年 月 日	
<p style="text-align: center;">印</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 分の医療福祉費を下記のとおり請求します。</p>			
(福) 受給者証記号番号	次-	受給者	男
		氏名	女
被保険者証記号番号	次-	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生
		保険種別	国・退・政・組・船・共・国組
本人・家族区分		患者負担程度(老人・前掲高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
患者負担割合	3割 2割 1割	入院 外来 の別	入院 外来 訪問看護
診療実日数	日	公費等区分	1 結核 2 精神 3 特定疾患(難)
入院自己負担金額(償還を除く)	300円× 日	公費請求点数(金額)	点(円)
外来自己負担金額(償還を除く)	600円× 日	公費患者負担金額(請求)	円
高齢重度者	患者負担金額(請求)	患者負担金額(決定)	円
食事療養(償還心身障害者等のみ)	長期入院 該当・非該当	標準負担額	780円× 日×1/2 減額 円× 日×1/2 円
	決定	※	円
訪問日(訪問看護)	日 ( . . . . . )		
備考			

(注) ※印の欄は記入しないでください。

(様式第9号)

決	市町村長	課長	係長	課員	受付	年月日
裁	支給申請額(保険診療・外来自己負担額)①	支給	年月日	左のとおり決定して	起案者	
	高額療養費②	決定	年月日	よろしいか。		
	付加給付額③	支給	年月日			
	差引支給額 ①-(②+③)					

医科	歯科	調剤	柔整	訪問	医療機関コード	
有効期限		平成	年 月 診療分まで			
(福) 妊産婦医療福祉費支給申請書 ( 月 診療分)						
(福) 受給者証記号番号	次-	受給者氏名		生年月日 昭和・平成 年 月 日生		
被保険者証記号番号	次-	保険種別	国・退・政・組・船・共・国組			
		保険者番号				
本人・家族区分		入院 外来 の別	入院 外来 訪問看護	公費等区分	1 結核 2 精神 3 特定疾患(難)	4 小児慢性疾患(小慢) 5 高額長期疾病(長) 6 在給診等
診療実日数	日	保険請求点数(金額)	点(円)	保険決定点数(金額)	※ 点(円)	
入院自己負担金額	300円× 日	公費請求点数(金額)	点(円)	公費決定点数(金額)	※ 点(円)	
外来自己負担金額	600円× 日	公費患者負担金額(請求)	円	公費患者負担金額(決定)	※ 円	
領収金額	円	訪問日(訪問看護)	日 ( . . . . . )			
医療機関等証明欄	<p>上記のとおりその費用を領収しました。 なお、上記内容についてはレセプト原本と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 保険医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>					
申請欄	一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有・無			
<p>上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 平成 年 月 日 市(町村)長 殿</p> <p style="text-align: right;">受給者氏名 (注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をほ印に代えることは、差し支えありません。</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

- (注) ① 茨城県内の保険医療機関等では、証明手数料はかかりません。  
 ② この申請書は、茨城県内の保険医療機関等を利用した場合に限り使用できます。  
 ③ 申請欄には、必ず氏名を記入してください。  
 ④ この申請書は、保険医療機関等窓口で必ず医療保険の自己負担金額(3割負担等)を支払った上で提出してください。  
 ⑤ ※印の欄は記入しないでください。