

各保険医療機関等の長 様

茨城県稲敷郡阿見町長 天田 富司男
(公印省略)

阿見町単独事業実施に伴う公費負担者番号導入について (協力依頼)

平素より、当町医療福祉費支給制度事業につきまして、格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

現在、当町が実施している乳幼児に対する町医療福祉費支給制度につきましては、保護者等の所得による助成制限を設けずに小学入学前までの乳幼児を対象に医療費の助成を行っております。この助成のうち、県医療福祉費助成制度の所得制限基準額以内の対象者については、県と当町が負担し合い、所得制限基準額を超えている対象者については、町単独助成となっており、マル福自己負担金のみの窓口支払いとなる現物給付により実施しております。

このたび、本年10月1日から県の小児(旧乳幼児)医療福祉費助成制度の対象者が小学3年生まで(所得制限あり)に拡大されることに併せて、阿見町においては、より一層の子育て支援対策の充実を図るため、平成22年10月診療分から町制度の対象者を、保護者等の所得が県の所得制限基準額を超える小学1年生から小学3年生まで、並びに小学4年生から小学6年生までの全員について所得制限を設けず拡大し、町単独事業による助成を実施することになりました。

つきましては、町単独事業の助成となる小児に対しても、現在の医療福祉費支給制度と同様の公費負担者番号を導入いたします関係で、医療費請求システム等の変更など一部ご負担をおかけする場合がありますが、本事業の趣旨をご理解の上、ご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 対象者及び公費負担者番号

90080581 小児医療助成(小学1年生から小学3年生までで、保護者等の所得が県の所得制限基準額を超えた小児)

92080589 小児(年齢拡大分)医療助成(小学4年生から小学6年生全員)

2. 実施時期 平成22年10月診療分から

3. 実施内容 90080581 所得要件以外は、県医療福祉費助成制度と同様
92080589 所得制限を設けず県医療福祉費助成制度と同様

(1) 平成22年10月診療分から、診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の公費負担者番号欄に番号を記入し請求します。

(2) 支払いについては、国保分は国保連合会が、社保分は支払基金が、それぞれ阿見町に医療費を請求し、医療機関等へ医療費を支払います。(4. 事務フローを参照)

(3) 一部負担金については、県の医療福祉費助成制度と同様です。保険医療機関ごとに徴収となります。

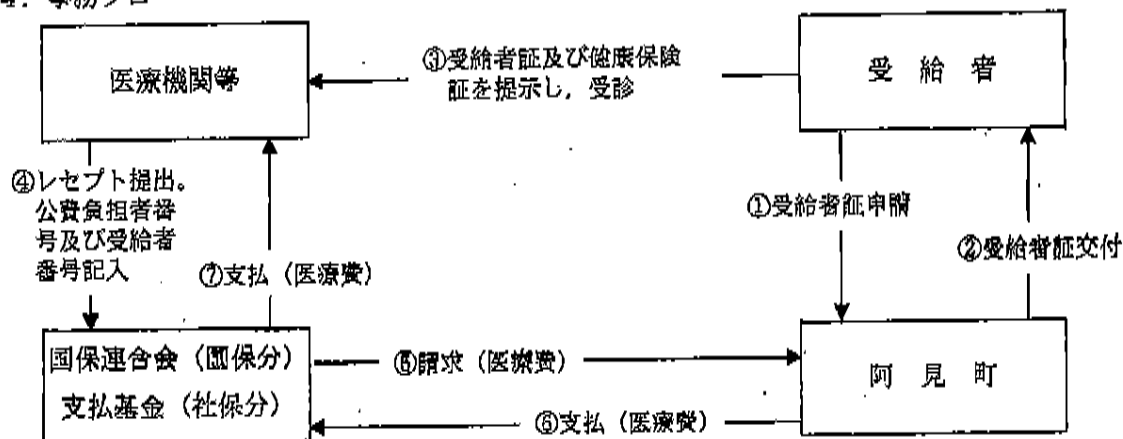
外来自己負担金：1日600円 月2回限度

※請求額が600円未満の場合は請求金額が外来負担金となります。

入院自己負担金：1日300円 月3,000円限度

保険薬局では自己負担はありません。

4. 事務フロー



【診療報酬明細書等の記入箇所】

- 公費負担者番号欄及び公費負担医療の受給者番号欄に記入
- 公費負担請求点数欄（保険請求点数と同点数の場合は記入不要）に記入
- 外来自己負担及び入院自己負担が生じる場合は、公費の一部負担金額欄（歯科は患者負担額欄）に記入

【診療報酬請求書の記入箇所】

- 国保分については、公費負担医療欄に「90」として記入
- 社保分については、公費負担医療欄に公費負担者番号小児医療助成「90」・小児（年齢拡大分）医療助成「92」ごとに記入、又は「90」として記入

【診療報酬総括票（国保連のみ）の記入箇所】

- 県制度と阿見町単独事業分を合算して記入

【その他】

- 院外処方箋については、必ず公費負担者番号及び受給者番号を記入
- 公費と阿見町単独事業の併用がある処方箋については、公費を第一公費として記入し、阿見町単独事業を第二公費として記入
- ※診療報酬明細書、診療報酬請求書等の記載方法に係る問い合わせについては、国保連合会、支払基金にご確認ください。
- 阿見町小児医療福祉費支給制度の公費負担者番号一覧

	県医療福祉費助成制度の所得制限基準額以内の対象者	県医療福祉費助成制度の所得制限基準額を超えている対象者	
小学校入学前	0歳	81080582（県と町で助成）	
	1歳	82080581（県と町で助成）	
	2歳		
	3歳	89080584（県と町で助成）	
	4歳		
	5歳		
6歳	90080581（町単独助成）		
小学校		7歳	80080583（県と町で助成）
		8歳	
		9歳	[塗りつぶされた領域]
		10歳	
		11歳	
	12歳		

※ [塗りつぶされた領域] 及び [塗りつぶされた領域] の部分が平成22年10月診療分より助成対象となる。

5. 受給者証見本

医療福祉費受給者証	
公費負担者番号	[塗りつぶされた領域]
受給者番号	[塗りつぶされた領域]
被保険者証等の 記号及び番号	[塗りつぶされた領域]
保険種別	[塗りつぶされた領域]
保険請求番号	[塗りつぶされた領域]
受給者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	[塗りつぶされた領域]
発行機関名 及び印	茨城県 阿見町 印
交付年月日	年 月 日

阿見町単独事業

- ・受給者証の色はクリーム色です。
- ・見本は縮小しています。
- ・実際の受給者証は、従来の医療福祉費受給者証と同様です。

問い合わせ先
阿見町役場 国保年金課
後期高齢医療福祉係
TEL 029-888-1111
(内線134)