



会 員 各 位

平成20年4月4日

大宮医師会々長 羽 鳥 雅 之
総務担当理事 松 本 雅 彦

さいたま市福祉医療費助成制度についてお知らせ及び資料配布について

平成20年4月1日から、「後期高齢者医療費制度」及び「さいたま市子育て支援医療費助成制度」が実施されることになりました。

つきましては、後期高齢者医療制度に該当する心身障害者医療費請求手続きの変更及び「さいたま市乳幼児医療費支給制度」が廃止され、「子育て支援医療費助成制度」に替わりしました。下記要領によりお願い致します。

記

I. 心身障害者医療費請求手続きについて

さいたま市におきましては、お届け致しました連記式請求明細書を使用することになりました。

手書きの記載要領をお届け致しますので、それに従って御記載下さい。

また、お届け致しました医療費請求事務用のCD-ROMを御使用頂いても結構です。要領はお届け致しました「さいたま市心身障害者医療費連記式請求明細書CD-ROM説明書」を御覧下さい。

II. 子育て支援医療費助成制度について

請求方法は今までと変わりなく、乳幼児医療費の各種申請書類等は現在使用しているものを当面ご使用下さい。ポスターをお届け致しますので待合室等に御掲示下さいますようお願い致します。詳細は別紙を御覧下さい。

III. 妊婦健康診査費助成

妊婦健康診査の公費負担が2回から5回に拡大されました。
詳細は別紙を御覧下さい。

平成20年4月4日

大宮医師会
会員各位

さいたま市 保健福祉局
福祉部 年金医療課 著

心神障害者医療費(後期高齢者医療該当者)請求事務の取り扱いについて

日ごろ、本市福祉医療費助成事業にご理解、ご協力いただきましてありがとうございます。

早速ですが、平成20年4月1日から、老人保健制度が後期高齢者医療制度に移行されることにより、その保険者も、各市区町村から各都道府県後期高齢者医療広域連合に移行されますが、保険者の相違につき、各広域連合から各市区町村へのレセプトデータの提供が行われないことになりました。

したがって、レセプトデータにより65歳以上の後期高齢者医療に該当する心身障害者医療受給者の医療費支給を行っている市区町村につきましては、その事務取り扱いの変更を余儀なくされるところとなり、本市におきましては、連記式請求明細書による支給方法を導入することといたしました。

請求手続きは下記のいずれかの方法となりますので、ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご理解、ご協力のほどお願いいたします。

なお、この請求方法は暫定的なものとし、平成21年度には子育て支援医療費、ひとり親家庭等医療費、後期高齢者以外の一般心身障害者医療費の請求事務を含め簡略化を図ることとしております。

記

1、手処理による請求事務手続きの場合

別紙、横書き連記式請求明細書(2枚複写)および送付書(3枚複写)使用

2、パソコンによる請求事務手続きの場合

別添CD-ROM収録のエクセル・データにより出力する紙媒体の請求書
および送付書(3枚複写)使用

さいたま市 保健福祉局
福祉部 年金医療課
福祉医療係 担当：藤原
電話 829-1278(直通)

心身障害者医療費(後期高齢者医療該当者)の請求方法

様式：一般の心身障害者医療費の請求と区別できるよう、請求明細書、送付書ともに横書きとしました。

請求明細書は2枚複写、送付書は3枚複写で、送付書の記載内容は他の福祉医療様式と変わらず、入院、通院の区別もありません。

記載方法：送付書～下記のとおり 請求明細書～裏面のとおり

申請方法：他の福祉医療と同じく、1ヶ月単位で、送付書に連記式請求明細書を併せて提出願います。

1枚目

さいたま市 心身障害者医療費(後期高齢者医療該当者用) 連記式請求明細書送付書

送付年月日
医療機関の住所
法人名、代表者名
電話番号

医療機関コード

請求明細書を
さいたま市に送付す
る年・月

2枚目

さいたま市 心身障害者医療費(後期高齢者医療該当者用) 連記式請求明細書送付書

連記式名簿に記載され
た患者様の総数。(通
院、入院の日数ではあり
ません。手数料支払いの
件数となります。)

3枚目

さいたま市 心身障害者医療費(後期高齢者医療該当者用) 請求書

3枚目のみ捺印をお願い
します。
印鑑は法人印と代表者印
となりますが、法人印が
無い場合は、代表者印を
2カ所に捺印願います。

連記式名簿に記載され
た請求額の総額。

さいたま市 保健福祉局
福祉部 年金医療課
福祉医療係 藤原
電話:829-1278(直通)

さいたま市 心身障害者医療費（後期高齢者医療該当者用） 連記式請求明細書

（医療機関等保管用）

医療機関名	
医療機関コード	151 152 154 160
診療年月	20 24
電話番号	86 97

ゴム印可

手書き用の用紙は、「医療機関保管用」と「さいたま市提出用」の2枚複写です。

該当項目を丸で囲んでください。

丸を付けて下さい。

153	153
内科 : 1	柔整 : 5
153	153
歯科 : 3	訪問 : 6
153	
調剤 : 4	

※生活療養標準負担額は除く

件数	受給資格証番号(7桁)	受給資格者名	生年月日	後期高齢者証保険者番号	後期高齢者証被保険者番号	負担割合	入院日数	通院日数	保険診療総点数(点)	他法負担分点数(点)	保険診療一部負担金(円)	食事療養標準負担額1/2(円)	食事回数
3	12		13 19 25 32				34 35 36 37		38 44	61 67	45 52	76 83 84 85	
1	6574321	さいたま 花子	明大 12年12月12日	39111075	12345678	1		2	1,200	0	1,200		
2	6574321	さいたま 花子	明大 12年12月12日	39111075	12345678	1	5		75,000	0	75,000	1,430	11
3	671234	日本 一郎	明大 10年 5月 5日	39111034	23456789	3		2	13,000	0	39,000		
4			明大 月 日										
5		患者(受給資格者)氏名	患者(受給資格者)生年月日	後期高齢者医療被保険者証の被保険者番号(8桁) ※後期高齢者医療に記号はありません。	同じ患者様でも入通院別に記入してください。	特定疾患等、公費負担がある場合に記入						食事代の1/2の金額	
6		心身障害者医療費受給者証の番号(7桁)		後期高齢者医療被保険者証の保険者番号(8桁)									
7			大昭 年 月 日										
8			明大 年 月 日										
9			明大 年 月 日										
10			明大 年 月 日										

入院の場合は、食事代の1/2も含めた合計金額をお書きください。

- この用紙は診療年月単位です。
- 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- この用紙は、複写となっていますのでボールペンで強めに記入ください。

この用紙の請求金額の計(食事代含む)

116,630

さいたま市 心身障害者医療費（後期高齢者医療該当者用）連記式請求明細書

（医療機関等保管用）

医療機関名			
医療機関コード	151 152 154		160
診療年月	20		24
電話番号	86		97

丸を付けてください。	
医科 : 1 ¹⁵³	柔整 : 5 ¹⁵³
歯科 : 3 ¹⁵³	訪問 : 6 ¹⁵³
調剤 : 4 ¹⁵³	

件数	受給資格証 番号(7桁)	受給資格者名	生年月日	後期高齢者証 保険者番号	後期高齢者証 被保険者番号	負担 割合	入院 日数	通院 日数	保険診療 総点数(点)	他法負担分 点数(点)	保険診療 一部負担金(円)	※生活療養標準負担額は除く								
												食事療養標準 負担額1/2(円)	食 事 回 数							
3	12		13	19	25	32	34	35	36	37	38	44	61	67	45	52	76	83	84	85
1			明大昭	年	月	日														
2			明大昭	年	月	日														
3			明大昭	年	月	日														
4			明大昭	年	月	日														
5			明大昭	年	月	日														
6			明大昭	年	月	日														
7			明大昭	年	月	日														
8			明大昭	年	月	日														
9			明大昭	年	月	日														
10			明大昭	年	月	日														

- この用紙は診療年月単位です。
- 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- この用紙は、複写となっていますのでボールペンで強めに記入ください。

この用紙の請求金額の計(食事代含む)

円

さいたま市 心身障害者医療費(後期高齢者医療該当者用)請求書

(さいたま市提出用)

(あて先) さいたま市長

医療機関等

平成 年 月 日

住所又は
所在地

法人名
事業所名

役職名
代表者氏名

電話番号 ()

(印)

(印)

医療機関コード	1	1							
---------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

下記金額を請求します。

金 額	億	千万	百万	拾万	万	千	百	拾	円

件 名	備 考
心身障害者医療費(後期高齢者医療該当者・現物給付分)	平成 年 月請求分