

船橋市母子家庭等医療費助成制度の改正概要

1. 施行時期 平成15年8月1日
2. 改正の内容

	改正前 〔平成15年7月31日まで〕	改正後 〔平成15年8月1日から〕
受給者	母子家庭、父子家庭等の親等とその児童（18歳の年度末まで）	同 左
助成方法	受給者証による現物給付	同 左
受給資格者負担金	〔自己負担なし〕	〔自己負担あり〕 受給資格者負担金として 入院 1日につき 通院 1回につき 保険調剤1回につき } 200円

※受給資格者負担金について

- 受給資格者負担金は、入院1日、通院1回、保険調剤1回につき、200円です。
受給者が受診した際に窓口で徴収してください。
- 受給資格者負担金は、医師の院外処方箋による保険調剤の場合も1回につき200円
です。保険薬局の窓口でも徴収してください。
(乳幼児医療費助成制度では、保険調剤の自己負担はありません)
- 保険診療による一部負担金の額が200円に満たない場合は、その一部負担金の額と
なります。(例) 1回の診療点数が50点(3割負担)で一部負担金が150円
の場合は、窓口では150円を徴収することになります。

※母子家庭等医療費と乳幼児医療費の受給者資格が重複する場合(母子家庭等の乳幼児)
の取り扱い

- 4歳未満の乳幼児は、乳幼児医療費助成受給券を優先して取り扱ってください。
- 母子家庭等の乳幼児には、母子家庭等医療費の受給者証と乳幼児医療費助成受給券が
交付されていますが、両制度を交互に使用することはできないので、乳幼児医療費助成
受給券を優先して使用するよう受給者に指導しております。

※受給者証及び市への医療費請求書の様式の一部が変更となります。

- 別添の「船橋市母子家庭等医療費助成制度のてびき(医療機関用)」をご参照ください。
なお、医療費請求書の用紙は、市児童家庭課へご連絡いただければ、郵送いたします。

船橋市母子家庭等医療費助成制度について

1. 目的

母子家庭、父子家庭等の親とその児童に対し医療費の一部を助成することにより、母子家庭、父子家庭等の福祉増進を図ることを目的としています。

2. 受給者

(1) 母子家庭の母とその児童（児童が18歳の年度末まで）

(2) 父子家庭の父とその児童（ " " ）

(3) 両親のいない児童の養育者とその児童（ " " ）

3. 給付方法

(1) 原則、市内医療機関等（一部鎌ヶ谷市を含みます。）は現物給付方式です。

受給者が市内医療機関等で受診した場合、受給者が保険診療により負担すべき医療費は、市内医療機関等から船橋市へ請求いただき、船橋市が受給者に代わって支払う方法です。

※医療機関等には、保険薬局、柔道整復師の施術所を含みます。

(2) 市内医療機関等以外は、償還払い方式です。

4. 受給者証

(1) 受給者には、「船橋市母子家庭、父子家庭等医療費受給者証」（以下、受給者証という。）を発行しています。

(2) 受給者の資格は所得制限等により変わることがあるため、受給者証は毎年8月1日に更新しています。

5. 給付対象額

次の費用から、受給資格者負担金（下記6.）を控除した額が給付対象となります。

(1) 入院の場合、保険診療による窓口一部負担金額及び食事療養費の標準負担額

(2) 通院の場合、保険診療による窓口一部負担金額

(3) 保険薬局での調剤の場合は、保険調剤による窓口一部負担金額

6. 受給資格者負担金

(1) 入院は1日、通院は1回、医師の院外処方に基づく保険調剤は1回につき、200円です。

(2) 保険診療による一部負担金の額が200円に満たない場合は、その一部負担金の額となります。

7. 請求方法

(1) 受給者が受給者証と健康保険証を提示した場合、

市内医療機関等の窓口では、受給資格者負担金を徴収し、保険診療による窓口一部負担金額から受給資格者負担金を控除した額（上記5.）を船橋市児童家庭課へ請求してください。

(2) 請求書の様式は、入院、外来、歯科、保険調剤、柔道整復師ごとになっています。

(3) 請求書は、診療月ごとにまとめて請求してください。

(4) 同一受給者で同一月内に入院と通院がある場合は、別々の請求書で請求してください。

※受給者が受給者証を提示しなかった場合は、保険診療の窓口一部負担金を徴収してください。船橋市が受給者に償還払いします。

8. 他の公費負担医療制度との関係

(1) 生活保護や更正医療等の公費負担医療制度がある場合は、その制度を優先適用します。

この公費負担医療制度で自己負担がある場合は、その自己負担額については母子家庭等医療費助成制度の対象とします。

公費負担医療制度（抜粋）

法律名	事 項	法番号
結核予防法	適正医療（法第34条関係）	10
	従業禁止・命令入所（法第35条関係）	11
生活保護法	医療扶助（法第15条関係）	12
身体障害者福祉法	更正医療（法第19条関係）	15
児童福祉法	育成医療（法第20条関係）	16
	療育の給付（法第21条の9関係）	17
精神衛生法	措置入院（法第29条関係）	20
	通院医療（法第32条関係）	21
母子保健法	養育医療（法第20条関係）	23
厚生労働大臣が定める 医療に関する給付	特定疾患治療研究事業	51
	小児慢性特定疾患治療研究事業	52
	児童福祉施設入所者の医療費等	53

(2) 4歳未満の乳幼児は、乳幼児医療費助成制度（事業別番号、83）を優先しますので、乳幼児医療費助成受給券で取り扱ってください。

船 児 家 第 5 1 2 号
平成15年7月11日

各保険医療機関代表者 様
各保険薬局代表者 様

船橋市長 藤代孝七
(公印省略)

船橋市母子家庭等医療費助成制度の一部改正について (依頼)

盛夏の候、貴台におかれましては益々御清祥のことと喜び申し上げます。

また、本市の健康福祉行政には、日頃より格別の御配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、現在、本市の母子家庭等医療費助成制度は、受給者が保険医療機関等に受給者証を提示して受診した場合、受給者は保険診療の窓口一部負担金は支払わず（自己負担なし）、窓口一部負担金相当分は貴保険医療機関又は貴保険薬局から市（担当、児童家庭課）へご請求いただいております。

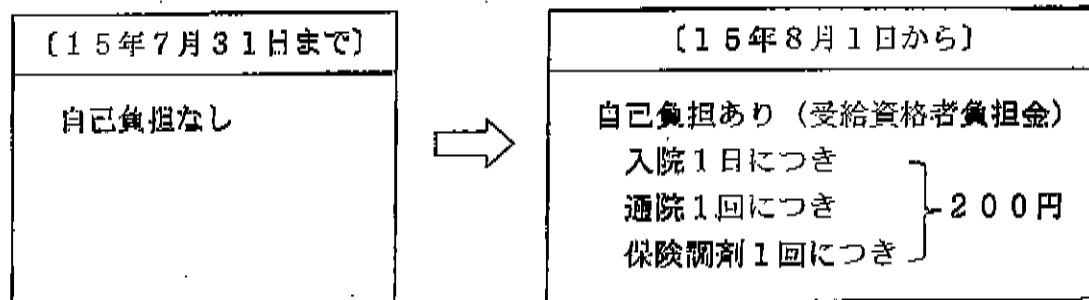
しかし、15年8月1日診療分から、受給者は受給資格者負担金として200円を保険医療機関等窓口で自己負担していただくこととなりました。

つきましては、この改正の概要をお知らせいたしますとともに、貴保険医療機関又は貴保険薬局の窓口での取扱いにつき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

また、本市の母子家庭等医療費助成制度のてびき（医療機関用）及び医療費請求書（新様式）をご参考にお送りいたします。

記

1. 改正の要旨



2. 本件問合せ先

船橋市健康福祉局子育て支援部 児童家庭課 給付係

〔母子医療担当〕 TEL 047-436-3316

FAX 047-436-2315

第3号様式

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費受給者証

受給者証番号		第		号	
保険種別	政・組・日・船・共・国				
氏名					
住所					
有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで			
受給資格者負担金	入院	1日につき200円			
	通院	1回につき200円			
	保険調剤	1回につき200円			
母子家庭、父子家庭等医療費の受給資格者の受診に係る保険医療の自己負担金から受給資格者負担金を控除した額を負担します。					
年 月 日		船橋市長 印			

受 給 資 格 者														
氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		氏名
生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日
氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		氏名
生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日

※受給資格者は、上記の18歳の年度末までの児童を監護している
母または父等及びその児童。

※ 受給資格者欄に記載のない方は資格がありません。

医科外来用

記載例

船橋市長 様

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成について
下記により請求します。

医療機関住所 船橋市湊町2-10-25
電話番号 047-436-3316
医療機関名称 船橋市役所医院
及び氏名 船橋 太郎

印

平成 15 年 8 月 診療分 (医 科 外 来 用)

区分	受給者証番号	受給者の氏名	診療報酬明細書 による総医療点数	保険区分	保険負担割合	通院回数	受給資格者負担金 200円×回数 ①	備 考
1	1234	船橋 花子	2,522 点	国保	0.5割・1割・2割	3 回	600 円	
2	5789	千葉 次郎	3,000 点	国保	0.5割・1割・2割	5 回	1,000 円	
3	3456	千葉 太郎	250 点	国保	0.5割・1割・2割	2 回	350 円	
4			点	国保	0.5割・1割・2割	回	円	
5			点					
6	※1回の保険診療一部負担金が、受給資格者負担金(200円)に満たない時がある場合は、その額を①欄にご記入ください。(上記「千葉太郎」の例)							
7			点					
8			点	国保	0.5割・1割・2割	回	円	
9			点	国保	0.5割・1割・2割	回	円	
10			点	国保	0.5割・1割・2割	回	円	
計			点			回	円	

注 1人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、別々に記入してください。

1回の保険診療一部負担金が、受給資格者負担金①の200円に満たない時は、その額をご記入ください。
1人の受給者で2ヶ月以上の請求がある場合は、用紙を別にご記入ください。

振込先が変更になるときは、必ずご記入ください。
口座変更 有・無(どちらかに○をつけてください)。

備考欄は、他の公費負担がある場合、他の公費負担額を差し引いた自己負担額をご記入ください。

銀行名	支店名 (支店コード3ケタ)	口座番号	名義人 (フリガナ)
船橋	市役所 支店	普通・当座 1234567	船橋市役所医院 船橋 太郎

捺印