事　務　連　絡
令和元年１０月１０日

医療機関　各位

事務手数料及び請求書様式等の改定について

日頃より、本市の福祉行政にご協力いただきありがとうございます。

令和元年１０月１日より消費税率が変更されることに伴い、１０月１日以降に受付する船橋市母子家庭、父子家庭等医療費助成事業の請求書に係る事務手数料が１レセプトあたり２１６円から２２０円に変更となります。（※令和元年１０月受付分のお支払は令和元年１２月下旬を予定しております。）

なお、令和元年９月３０日までに受付した請求書については、１レセプトあたり２１６円の事務手数料をお支払いいたしますので、ご注意ください。

また、制度の手引き、請求書の様式について一部改定を行いましたので、ご確認ください。請求書の様式については、旧様式でも受付けいたしますので、順次ご対応いただきますよう重ねてお願い申し上げます。

ご不明点等ございましたら下記までお問合せください。

船橋市　児童家庭課
ひとり親医療担当
℡：047-436-3316

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費助成制度の手引き（医療機関用）

令和元年10月 改訂

船橋市 健康福祉局 子育て支援部 児童家庭課

目　　次

1　船橋市母子家庭、父子家庭等医療費助成制度について

≪1≫ 目的

≪2≫ 受給者（助成対象者）

≪3≫ 受給者負担金

≪4≫ 受給者証

・・・P.2

≪5≫ 助成方法

(1)受給者が医療機関を受診する際、受給者証を提示した場合

(2)受給者が医療機関を受診する際、受給者証が手元にない場合

≪6≫ 請求方法

(1)給付対象額

(2)請求書の様式

・・・P.3

(3)請求書の記載方法

(4)注意事項

・・・P.4

≪7≫ ほかの公費負担医療制度との関係

≪8≫ 事務手数料について

2　受給者証の見本　・・・P.5

3　助成金額決定通知の見本　・・・P.6

4　請求書の記載例　・・・P.7、P.8

5　よくあるQ＆A　・・・P.9、P.10

1. 船橋市母子家庭、父子家庭等医療費助成制度について

≪1≫ 目的

ひとり親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、ひとり親家庭等の福祉の増進を図ることを目的としています。

≪2≫ 受給者（助成対象者）

○ 母子家庭の母とその児童（児童が18歳の年度末(※1)を迎えるまで）
○ 父子家庭の父とその児童（児童が18歳の年度末(※1)を迎えるまで）
○ 両親のいない児童(児童が18歳の年度末(※1)を迎えるまで)とその養育者(※2)

※1児童に一定の障害がある場合は20歳未満まで対象です。
※2養育者に配偶者がいる場合、養育者自身は助成対象外です。

≪3≫ 受給者負担金

入院　　200円/日(※食事療養費含む)
通院　　200円/回
保険調剤　200円/回(※処方箋ごとに1回とみなします)

なお、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が受給者負担金となります。

≪4≫ 受給者証

受給者には、「船橋市母子家庭、父子家庭等医療費助成受給者証」(ピンク色)を交付しております。

○ 受給資格は所得等により変更が生じるため、毎年資格更新に関する審査をしております。
引き続き資格を有する場合、毎年新しい受給者証を交付します。
○ 受給者の中には、様々なご事情により資格喪失し、再度受給資格を得る方もいます。
途中で資格喪失となり、再度受給資格を得た方は、以前の受給者番号と異なる受給者番号となりますので、診療等の都度受給者証を確認して下さい。

お手数をおかけいたしますが、
月初めに1回の提示ではなく、受診
するごとに毎回確認してください。

≪5≫ 助成方法

(1) 受給者証を提示した場合

⇒保険診療分について、受給者は医療機関の窓口で、受給者負担金を支払います。(保険外診療につきましては、助成対象外のため、通常通り支払います。)
保険診療による一部負担金と受給者負担金との差額につきましては、児童家庭課にご請求ください。審査終了後、児童家庭課より医療機関あてにお支払いいたします。(現物給付方式)
※医療機関には、保険薬局、柔道整復師の施術所を含みます。

(2) 受給者証を提示できない場合

⇒受給者は医療機関の窓口で、保険診療による一部負担金を支払います。
その後、受給者は児童家庭課で償還払いの申請をします。審査終了後、児童家庭課より受給者あてに、保険診療による一部負担金と受給者負担金の差額をお支払いいたします。
(償還給付方式)

≪6≫ 請求方法

受給者が、受給者証と健康保険証を提示した場合、市内医療機関等は、窓口にて受給者負担金(P.2≪3≫参照)を領収し、保険診療による一部負担金額から受給者負担金額を控除した額を児童家庭課へご請求ください。

(1) 給付対象額

次の費用から、受給者負担金(P.2≪3≫参照)を控除した額が、児童家庭課から医療機関に対する助成対象額です。

○ 入院
保険診療による一部負担金額及び食事療養費の標準負担額
○ 通院
保険診療による一部負担金額
○ 保険調剤
保険調剤による一部負担金額

(2) 請求書の様式

○請求書の様式は、「入院」「外来」「歯科」「保険調剤」「柔道整復師」ごとに分かれています。
○「同一月内」に「同一受給者」が入院と通院をした場合は、それぞれの請求書でご請求ください。
○請求書は、診療月ごとにまとめて請求してください。複数月分をまとめて請求される場合は月毎に請求書を記載してください。

(3) 請求書の記載方法

○ 1回の保険診療一部負担金が、200円に満たない場合は、
児童家庭課からの支払いはありません。
なお、1回の保険診療一部負担金が、200円に満たない場合でも、
同一月内の受診回数が2回以上で、保険診療一部負担金が200円を超える診療等が1回以上ある場合は請求書にご記入ください。

○ 小計欄に1枚ごとの合計をご記入ください。

※ 記載例についての詳細は P.7、P.8 にございますので、そちらを参考にしてください。

(4) 注意事項

○ 子ども医療費助成(83)として助成済みのものを、ひとり親医療費助成にも重複して請求されているものが見受けられます。
ご請求前に、二重請求になっていないか確認してからご請求いただきますよう、お願いいたします。

○ 審査の際に確認事項がある場合、医療機関宛にお電話をすることがございます。
その際、実際に請求書をご確認いただきながらお話を進めたい場合もございますので、念のため請求書は控えを保管しておいてください。

○ 請求書の内容に不備や大幅な訂正が必要な場合は、付箋を添えてご返却いたしますので訂正の上、再度ご請求ください。

○ 他の公費と併用した場合、上限までの助成額につきましては、医療点数を基に計算させていただき、助成いたしますが、上限に達した場合は、実際に受給者が支払った金額を基に計算し、助成いたしますので、ご了承ください。

≪7≫ ほかの公費負担医療制度との関係

自立支援医療費助成等の公費負担医療制度が対象の場合は、その制度を優先適用してください。その公費負担医療制度で自己負担額がある場合、その自己負担額と受給者負担金の差額について、母子家庭、父子家庭等医療費助成制度の助成対象としております。

そのため、公費を併用している場合は、請求書の備考欄にその旨を記載していただくとともに、別添「公費併用補助シート」もご記入くださいますよう、お願いいたします。

※ 請求書の詳しい記載例につきましては、 P.7、P.8 を参考にしてください。

≪8≫ 事務手数料について

診療(調剤)報酬明細 1 件につき200円に消費税及び地方消費税の額を加算した額をお支払いたします。

2 受給者証の見本

【表】

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費
受給者証

受給資格者番号	第１２３４５－６７

保険種別		協・組・日・船・共・国・後
保護者	氏名	福祉　太郎
	住所	福祉市福祉町２丁目３番４号 福祉マンション２３４号
有効期間		令和元年 8月 1日 から 令和2年 7月 31日
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
母子家庭、 係る保険医療 除した額を負 平成28年 8 船橋市		

保護者の有効期間が記載されています。
受給資格者全員の有効期間ではないので、ご注意ください。

医療機関へのお願い
この受給者証により診療した場合は、受給資格者負担金のみを受け取り、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金額を、１箇月を単位として市長に直接請求してください。
また、この受給者証は毎回確認してください。

受給資格者	氏名	福祉　太郎	本人 R2. 7.31 まで有効
	生年月日	昭和52年 2月23日	
	氏名	福祉　次郎	対象児童 R2. 3.31 まで有効
	生年月日	平成13年5月6日	
	氏名	福祉　花子	対象児童 R2. 7.31 まで有効
	生年月日	平成19年 5月26日	
	氏名	以下余白	
	生年月日		
	氏名		
	生年月日		
	氏名		
	生年月日		

受給資格者それぞれの有効期間が記載されています。
中には、４月１日以降は対象外になる児童も記載されている場合がございますので、ご注意ください。

※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
※受給資格者に記載のない方は資格がありません。
※船橋市外の医療機関等では、この受給者証は使用できません。

【裏】

次の場合は必ず市役所まで届出をしてください。

船橋市役所　児童家庭課
０４７（４３６）３３１６

1．母子家庭、父子家庭等でなくなったとき。

2．住所または氏名を変更したとき。

3．加入している健康保険が変更になったとき。（記号番号のみの変更含む）

4．生活保護を受けるようになったとき。

5．新たに児童を監護・養育するようになったとき、または児童を監護・養育しなくなったとき。

※届出が完了していない場合は、受給者証の使用をお控えください。　使用した場合、返還金が発生することがあります。

ご　注　意

1．この受給者証は、母子家庭、父子家庭等医療費の助成を受けられる証ですので、大切に保管してください。

2．市内の医療機関等で診療を受ける場合は、この証書と保険証を一緒に窓口で提示し、表面に記載された受給資格者負担金を支払ってください。

3．市外の医療機関等では、この受給者証は使用できません。　医療費償還制度をご利用ください。
受給者証を使用し診療を受けた場合において、後に高額療養費や保険金等の支払いがあった場合、助成済の額を限度として返還していただきます。
すみやかにその旨ご連絡ください。

5．この受給者証は、他人に譲渡、貸与、または担保に供してはいけません。

6．虚偽、その他不正行為により助成を受けた場合、助成金を返還しなければなりません。

3 助成金額決定通知書の見本

金　額	￥8,670	
振込先口座	船橋　銀行　市役所　支店	
	普通	No. 123****
名義	フリガナ フナバシシヤクショイイン	
	フナバシ　タロウ	
請求内容	令和　〇年　△月分	
	医療費	￥8,450
	事務手数料	￥　220
請求課名	児童家庭課	

郵便はがき

船橋局
料金後納
郵便

〒273-8501
船橋市湊町２丁目10番25号

船橋市役所医院　御中

振込予定日　令和〇年〇月〇日

医療機関より請求いただいた医療費について、児童家庭課から助成する金額が決定しましたら、上記のような決定通知書を送付いたします。

振込日や、助成金額の内訳（医療費と事務手数料）等が記載してありますので、大切に保管していただきますよう、お願いいたします。

再発行は可能ですので、ご希望の際は、船橋市役所児童家庭課（047-436-3316）までご連絡ください。なお、再発行につきましては、該当の医療機関からご連絡があったときのみの対応となり、その他の方（税理士・会計事務所等）からのご連絡では対応いたしかねますのであらかじめご了承ください。

なお、再発行した決定通知書は、当該医療機関宛に送付いたします。

記　載　例　（医科外来、歯科外来、保険調剤）

管理番号：　1234

船橋市長　あて

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成につい
下記により請求します。

令和〇年　〇△月　診療分　（　〇　〇　用　）

医療機関住所
電話番号
医療機関名称
及び氏名　　印

受給者番号は、7ケタの数字をご記入ください。
「－」は省略して頂いません。

区分	受給者証番号（7ケタ）	受給者の氏名	診療報酬明細書による総医療点数	保険負担割合	通院回数	受給者負担金 200円×回数	備考
1	1230001	船橋　花子	2,522 点	1割・2割・(3割)	3 回	600 円	
2	1230002	千葉　次郎	3,000 点	1割・2割・(3割)	5 回	1,000 円	
3	1230003	千葉　太郎	250 点	1割・2割・(3割)	2 回	350 円	通院回数2回のうち、1回が150円
4	1230004	船橋　一郎	311 点	1割・2割・(3割)	1 回	200 円	
5	1230005	船橋　三郎	4,558 点	1割・(2割)・3割	2 回	400 円	公費併用。別帳有り。 公費外658点。
6			点	1割・2割・3割	回	円	
7			点	1割・2割・3割	回	円	
8			点	1割・2割・3割	回	円	
9			点		回	円	
10			点		回	円	
計	[redacted]	[redacted]	10,741 点	[redacted]	13 回	2,550 円	

公費を併用した場合や、年齢による、正しい保険負担割合に〇をしてください。

1枚ごとの合計をご記入ください。

公費を併用した場合、別紙公費併用補助シートに詳細を記載し、備考欄はこの通りご記入ください。

注 1人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、区分ごとに請求書を記入してください。
1人の受給者で複数月分のご請求がある場合は、診療月毎の請求書にご記入ください。

口座変更	振込口座の変更を希望される場合のみご記入ください		
金融機関名	支店名　（支店コード3ケタ）	口座番号	名義人　（フリガナ）
船橋銀行	市役所　支店（000）	(普通)・当座 1234567	市役所医院（シヤクショ イイン）

記　載　例　（入院用）

管理番号：　0000

船橋市長　あて

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
電話番号
医療機関名称
及び氏名　　印

令和〇年　〇△月　診療分　（入院用）

受給者番号は、7ケタの数字をご記入ください。
「－」は省略して頂いません。

区分	受給者証番号（7ケタ）	受給者の氏名	診療報酬明細書による総医療点数	保険負担割合	入院日数	受給者負担金 200円×日数	入院時食事療養費 標準負担額②	備考
1	1230001	船橋　花子	9,516 点	1割・2割・(3割)	3 日	600 円	2,760 円（460 円× 6 回）	
2	1230002	千葉　次郎	120,569 点	1割・2割・(3割)	20 日	4,000 円	12,180 円（210 円× 58 回）	限度額認定証使用 上限３５，４００円
3			点	1割・2割・3割	日	円	円（ 円× 回）	
4			点	1割・2割・3割	日	円	（ 円×	
5			点	1割・2割・3割	日	円	（ 円×	
6			点	1割・2割・3割	日	円	（ 円× 円 回）	
7			点	1割・2割・3割	日	円	（ 円× 円 回）	
8			点	1割・2割・3割	日	円	（ 円× 円 回）	
9					日	円	（ 円× 円 回）	
10					日	円	（ 円× 円 回）	
計			130,085 点		23 日	4,600 円	14,940 円	

限度額認定証の提示があった場合、その旨及び上限金額をご記入ください。

1枚ごとの合計をご記入ください。

注１人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、区分ごとに請求書を記入してください。
１人の受給者で複数月分のご請求がある場合は、診療月毎の請求書にご記入ください。

口座変更	※振込口座の変更を希望される場合のみご記入ください		
金融機関名	支店名（支店コード3ケタ）	口座番号	名義人（フリガナ）
	支店（　　）	普通・当座	

8

よくあるQ＆A

Q1　患者さんが受給者証を持ってきていません。
電話で受給資格の確認をさせてほしい。

⇒ 個人情報保護の観点から、お電話でお答えすることはできません。
受給者証をお持ちでない場合は、P.3《5》(2)「受給者証を提示できない場合」のとおり処理してください。その際、お手数をおかけしますが、児童家庭課で償還払いの申請をするようご案内をよろしくお願いします。

Q2　振込先口座の変更方法を教えてください。

⇒ 児童家庭課に請求書を送付する際に、請求書下部に新しいお振込先をご記入ください。ご請求いただいた月の支払い分から口座を変更させていただきます(5月請求分であれば7月にお支払いしておりますので、口座変更の反映は7月からとなります)。

Q3　医療機関の代表者が変更となりました。必要な手続きはありますか。

⇒ 児童家庭課でのお手続きは特段必要ありませんが、振込口座の名義人が変更になる場合は、請求書に新しい振込口座の記載をお願いします。

Q4　公費を併用した人の請求方法を教えてください。

⇒ 請求書の「総医療点数」欄に、その月の対象者についての総医療点数(公費分及び公費外分)を記載してください。
また、「備考」欄に、公費を併用した旨を記載し、別添「公費併用補助シート」をご提出ください。

Q:5　児童家庭課の請求書を使用しなければいけないですか。

⇒ 記載する項目が児童家庭課の様式と一致していれば、独自の様式を使用していただいてかまいません。なお、医療機関ごとに児童家庭課独自の管理番号を附番しております。
請求書右上に管理番号の記載をお願いします。
管理番号が不明の場合はお問合せください。

Q:6 同月内に、違う病院からの処方箋による調剤をした場合、記載方法を教えてください。

⇒ 処方箋を発行した病院ごとに行を分けて記載してください。同一月内に2か所の病院の処方箋で調剤した場合は2行、3か所の場合は3行に分けてください。

Q:7 検査の結果通達等、実際の来院回数が0回でもレセプトが発生するような場合の請求方法を教えてください。

⇒ 受給者の実際の来院はないが、レセプトが発生する場合には、
請求書の通院回数は1回、受給者負担金は200円の扱いとしてご請求ください。

Q:8 過去の診療分で、児童家庭課に請求し忘れていたものがありました。請求の期限はありますか。

⇒ 診療・入院・調剤した月の翌々月から起算して、3年が請求期限です。
期限が過ぎてしまうと助成することができなくなってしまいますので、できるだけお早めにご申請していただきますよう、お願いいたします。

例:） 令和元年5月診療分 → 令和元年7月（起算日）

令和4年6月30日（必着）まで申請可能

医科外来用

管理番号: 1302

船橋市長　あて

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
電話番号
医療機関名称
及び氏名　　印

令和　　年　　月診療分　（医科外来用）

区分	受給者証番号（7ケタ）	受給者の氏名	診療報酬明細書による総医療点数	保険負担割合	通院回数	受給者負担金 200円×回数	備考
1			点	1割・2割・3割	回	円	
2			点	1割・2割・3割	回	円	
3			点	1割・2割・3割	回	円	
4			点	1割・2割・3割	回	円	
5			点	1割・2割・3割	回	円	
6			点	1割・2割・3割	回	円	
7			点	1割・2割・3割	回	円	
8			点	1割・2割・3割	回	円	
9			点	1割・2割・3割	回	円	
10			点	1割・2割・3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、区分ごとに請求書を記入してください。
1人の受給者で複数月分のご請求がある場合は、診療月毎の請求書にご記入ください。

口座変更	※振込口座の変更を希望される場合のみご記入ください		
金融機関名	支店名　（支店コード3ケタ）	口座番号	名義人（フリガナ）
	支店 （　　）	普通・当座	

医科外来用

管理番号: 1302

船橋市長　あて

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
電話番号
医療機関名称
及び氏名　　印

令和　　年　　月 診療分　（ 医科外来用 ）

区分	受給者証番号（7ケタ）	受給者の氏名	診療報酬明細書による総医療点数	保険負担割合	通院回数	受給者負担金 200円×回数	備　考
1			点	1割・2割・3割	回	円	
2			点	1割・2割・3割	回	円	
3			点	1割・2割・3割	回	円	
4			点	1割・2割・3割	回	円	
5			点	1割・2割・3割	回	円	
6			点	1割・2割・3割	回	円	
7			点	1割・2割・3割	回	円	
8			点	1割・2割・3割	回	円	
9			点	1割・2割・3割	回	円	
10			点	1割・2割・3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、区分ごとに請求書を記入してください。
1人の受給者で複数月分のご請求がある場合は、診療月毎の請求書にご記入ください。

口座変更	※振込口座の変更を希望される場合のみご記入ください		
金融機関名	支店名　（支店コード3ケタ）	口座番号	名義人（フリガナ）
	支店 （　　）	普通・当座	

医科外来用

管理番号: 1302

船橋市長　あて

医療機関住所
電話番号
医療機関名称
及び氏名　　印

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。

令和　　年　　月 診療分　（ 医科外来用 ）

区分	受給者証番号 (7ケタ)	受給者の氏名	診療報酬明細書による総医療点数	保険負担割合	通院回数	受給者負担金 200円×回数	備　考
1			点	1割・2割・3割	回	円	
2			点	1割・2割・3割	回	円	
3			点	1割・2割・3割	回	円	
4			点	1割・2割・3割	回	円	
5			点	1割・2割・3割	回	円	
6			点	1割・2割・3割	回	円	
7			点	1割・2割・3割	回	円	
8			点	1割・2割・3割	回	円	
9			点	1割・2割・3割	回	円	
10			点	1割・2割・3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、区分ごとに請求書を記入してください。
1人の受給者で複数月分のご請求がある場合は、診療月毎の請求書にご記入ください。

口座変更	※振込口座の変更を希望される場合のみご記入ください		
金融機関名	支店名　（支店コード3ケタ）	口座番号	名義人（フリガナ）
	支店 （　　）	普通・当座	

公費併用補助シート

記 入 例

令和 元 年 10 月 診療分

受給者の氏名	船橋 太朗		上限額 5,000 円	公費種類 54	
番号	指定医療機関名	総医療費点数	公費点数	自己負担額	自己負担の累積額
1	本病院	800 点	800 点	1,600 円	1,600 円
2	相手方薬局	点	点	2,000 円	3,600 円
3	本病院	2,500 点	2,500 点	1,400 円	5,000 円
4		点	点	円	円

受給者の氏名	船橋 花子		上限額 2,500 円	公費種類 21	
番号	指定医療機関名	総医療費点数	公費点数	自己負担額	自己負担の累積額
1	相手方病院	点	点	1,800 円	1,800 円
2	本薬局	800 点	800 点	700 円	2500 円
3		点	点	円	円
4		点	点	円	円

受給者の氏名			上限額 円	公費種類	
番号	指定医療機関名	総医療費点数	公費点数	自己負担額	自己負担の累積額
1		点	点	円	円
2		点	点	円	円
3		点	点	円	円
4		点	点	円	円

受給者の氏名			上限額 円	公費種類	
番号	指定医療機関名	総医療費点数	公費点数	自己負担額	自己負担の累積額
1		点	点	円	円
2		点	点	円	円
3		点	点	円	円
4		点	点	円	円

注　船橋市に請求する分を記載してください。

総医療費点数は、船橋市に請求する公費分と公費外分を合算してご記入ください。

自己負担金額は、受給者証を使用しない場合の、患者負担額をご記入ください。

上限の算定時にもう一方の医療機関がある場合は、自己負担金と自己負担の累積額をご記入ください。

公費併用補助シート

令和　　年　　月 診療分

受給者の氏名		上限額　　円	公費種類	
番号	指定医療機関名	総医療費点数	公費点数	自己負担額	自己負担の累積額
1		点	点	円	円
2		点	点	円	円
3		点	点	円	円
4		点	点	円	円

受給者の氏名		上限額　　円	公費種類	
番号	指定医療機関名	総医療費点数	公費点数	自己負担額	自己負担の累積額
1		点	点	円	円
2		点	点	円	円
3		点	点	円	円
4		点	点	円	円

受給者の氏名		上限額　　円	公費種類	
番号	指定医療機関名	総医療費点数	公費点数	自己負担額	自己負担の累積額
1		点	点	円	円
2		点	点	円	円
3		点	点	円	円
4		点	点	円	円

受給者の氏名		上限額　　円	公費種類	
番号	指定医療機関名	総医療費点数	公費点数	自己負担額	自己負担の累積額
1		点	点	円	円
2		点	点	円	円
3		点	点	円	円
4		点	点	円	円

注　船橋市に請求する分を記載してください。

総医療費点数は、船橋市に請求する公費分と公費外分を合算してご記入ください。

自己負担金額は、受給者証を使用しない場合の、患者負担額をご記入ください。

上限の算定時にもう一方の医療機関がある場合は、自己負担金と自己負担の累積額をご記入ください。