

平成 2 / 年 2 月 6 日

ひとり親家庭等医療費助成制度（多摩市制度）の協定書関係書類の送付について

いつも多摩市の保健福祉行政にご協力賜り、ありがとうございます。

お問い合わせのありました多摩市で実施しております「多摩市ひとり親家庭等医療費助成制度」の関係書類をお送りいたしますので、よろしく願いいたします。

なお、この制度は、東京都全域で実施している制度と別に、市の単独事業として実施しています。多摩市制度の対象の方は、この オレンジ色の（親）医療証（色は年度ごとに変更します。）と健康保険証を、病院の窓口へ提示していただき、東京都のひとり親家庭医療費助成制度に準じた一部負担金（1割相当分）を窓口でお支払いただきます。医療機関・調剤薬局は、残りの2割相当分の医療費を、別紙の請求書にて直接多摩市へ、請求していただくものです。

この制度にご協力いただける場合は、多摩市との協定の締結をお願いしております。恐れ入りますが「協定書」を2部同封させていただきますので、ご記入、押印の上、2部ともご返送くださいますようお願い申し上げます。

初回の請求書に同封していただいても結構です。また、今後、協定内容に変更が生じた場合変更届をご提出いただくこととなりますので、その際はご連絡ください。

今後とも本制度のご理解とご協力をお願い申し上げます。

記

送付書類

1. ひとり親家庭等医療費助成事業に関する協定書 2部 ✓
2. 多摩市ひとり親家庭等医療費助成診療報酬請求書（記入例含む）
3. 多摩市ひとり親家庭等医療医療証 ✓（見本）

* 平成 2 / 年 1 月 1 日～平成 2 / 年 12 月 31 日までは オレンジ 色の医療証です。

なお、年度ごと（年度途中においても）に所得や家族構成等により、医療証の種類が変わる場合があります。月初めには医療証のご確認をお願いいたします。

問い合わせ・返送先

〒206-8666 多摩市関戸6-12-1

多摩市役所 子育て支援課 手当・医療・相談担当

TEL: 042 (338) 6851 (直通) 担当: 五十子 (いらご)

医療機関コード

ひとり親家庭等医療費助成事業に関する協定書

多摩市（以下「甲」という。）と _____（以下「乙」という。）
は、多摩市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例（平成2年多摩市条例第16号。
以下「ひとり親医療条例」という。）に基づき多摩市が実施するひとり親家庭等医療費助成
制度に関して、次のとおり協定を締結する。

（制度の趣旨）

第1条 ひとり親家庭等の医療費助成制度は、条例に基づき甲が福祉行政の一環として実
施するものである。

（医療証の提示等）

第2条 甲は、ひとり親医療条例第3条に規定する対象者（以下「対象者」という。）に医
療証を交付し、対象者が乙において診療及び調剤の支給を受けようとするときは、被保
険者証又は組合員証とともに医療証を提示させるものとする。

2 乙は、医療証の提示のないときは、対象者としての取扱いを行わないものとする。

（医療費等の請求）

第3条 乙は、本協定に基づく対象者としての取扱いを行ったときは、甲に対してひとり
親医療条例第6条に規定する額に該当する医療費の支払いを請求するものとする。

（支払の責任）

第4条 甲は、前条に掲げる医療費の支払いについて責任を負うものとする。

（請求の手續）

第5条 乙は、第3条に掲げる医療費の請求を、多摩市ひとり親家庭等医療費助成診療報
酬請求書及び多摩市ひとり親家庭等医療費助成調剤報酬請求書（以下「診療等報酬請求
書」という。）を診療月の翌月の10日までに市に提出することによって行うものとする。

2 診療等報酬請求書は、甲が作成し、乙に配布するものとする。

（医療費等の支払）

第6条 甲は、前条に規定する請求があったときは、その月の末日までに、乙が指定する
【別表1】の金融機関の預金口座に振り込むことにより支払いを行うものとする。

（過誤調整）

第7条 甲は、乙に対する支払額について事務上の過誤を確認したときは、これを調整す
るものとする。

（協定の終了）

第8条 甲及び乙は、その30日前までに文書により通知することにより、この協定を終
了させることができる。

診療報酬請求内訳

1 社保本人・2 社保扶養・3 多摩市国保



1	受給者番号				受診者氏名	加入保険種別			診療月	日数	請求額	総点数		備考
						1	2	3				受給者一部負担金		
1						1	2	3						
												一部		
2						1	2	3						
												一部		
3						1	2	3						
												一部		
4						1	2	3						
												一部		
5						1	2	3						
												一部		
6						1	2	3						
												一部		
7						1	2	3						
												一部		
8						1	2	3						
												一部		
9						1	2	3						
												一部		
10						1	2	3						
												一部		

※請求額欄の記入方法 総点数 × 公費負担割合(0.3) - 受給者一部負担金 = 請求額欄の金額

※加入保険種別欄は、確認の上、必ず該当番号に○印をしてください。

なお、退職被保険者の場合は、備考欄に 退 と記入してください。

※他の医療費助成制度(養育医療等)と併用している場合は、備考欄に記入してください。

★ご請求は、一ヶ月分まとめていただき、翌月10日までにお願いいたします。

多摩市ひとり親家庭等医療費助成診療報酬請求書

印

平成 年 月 日

多摩市長 殿

医療機関コード

所在地

名 称

氏 名

印

平成 年 月分の診療報酬を、下記のとおり請求します。

区分	負担区分	件数	日数	点数	請求額 (診療報酬額)
医 科	入 院	1割			
		2割			
		3割			
		国保10割			
	外 来	1割			
		2割			
		3割			
歯 科	外 来	1割			
		2割			
		3割			
合 計					
請 求 額					
上記請求額を私が指定した銀行口座に振り込むことを依頼します。					
決 定 額					

請求先 〒206-8666 多摩市関戸6丁目12番地1

多摩市役所 子ども青少年部 子育て支援課 手当・医療・相談担当

電話 042(338)6851(直通)