

子育て支援医療費助成制度 ひとり親家庭等医療費助成制度

自動償還払い方式事務の手引き

第1版

金 沢 市

平成20年7月25日

目 次

第1部 基本編

1. 金沢市の医療費助成制度のあらまし	1
(1) 乳幼児医療費助成制度	1
(2) 児童医療費助成制度	2
(3) ひとり親家庭等医療費助成制度	3
2. 医療費助成制度償還事務の流れ	4
(1) 償還払い方式について	4
(2) 自動償還払い方式について	5
(3) 平成20年10月以降の留意点	6

第2部 問答編

1. 医療証・受給資格証の確認について	別冊 (後日配布)
2. 支払明細書の報告について	
3. 自己負担額に未納がある場合の取扱いについて	
4. 領収証の取扱いについて	
5. 手数料の取扱いについて	
6. 調剤薬局における取扱いについて	
7. その他	

《参考》

支払明細書様式	7
---------------	---

第1部 基本編

1. 金沢市の医療費助成制度のあらまし

(1) 乳幼児医療費助成制度（子育て支援医療費助成）

○医療費の助成を受けられる方は

金沢市に住民登録があり、国民健康保険または社会保険に加入している乳幼児の保護者です。（ただし、生活保護を受けている方を除きます。）

対象となる乳幼児には、乳幼児医療証（ピンク色）が交付されます。

○助成の対象年齢・期間は

お子さんの誕生日（または転入日）から就学前（満6歳になった日以後の最初の3月末日）までです。

○所得制限は

所得制限はありません。

○助成の対象となる医療費は

健康保険が適用された入院・通院医療費です。

※助成対象外となる費用の例

自費診療分、健康診断の費用、予防接種の費用、分娩費用、おむつ代、薬の容器代、文書料、入院中の食費、選定療養（差額ベッド代、紹介なしの200床以上の病院の初診料等）

○助成される額は

医療機関の窓口で支払った保険診療自己負担分の1ヶ月分の合計額から、1,000円を差し引いた金額です。

ただし、加入保険から高額療養費や付加給付金が支給される場合は、助成される額からその分も差し引かれます。

○助成の申請期限は

診療月から1年以内です。

○請求手続き（償還払い）に必要なものは

- ①乳幼児医療証
- ②健康保険証（お子さんの名前の記載のあるもの）
- ③領収書（コピーは不可）
- ④高額療養費支給決定通知書など（高額療養費に該当する場合のみ）
- ⑤印鑑
- ⑥預金口座（保護者名義に限る、ゆうちょ銀行は不可）

【領収書に必要な事項】

- ①受診年月
- ②受診者氏名
- ③保険診療金額
- ④保険診療点数
- ⑤入院・外来の別
- ⑥入院日数（入院の場合）
- ⑦領収年月日
- ⑧医療機関等の所在地及び名称
- ⑨領収印

(2) 児童医療費助成制度（子育て支援医療費助成）

○医療費の助成を受けられる方は

金沢市に住民登録があり、国民健康保険または社会保険に加入している児童の保護者です。（ただし、生活保護を受けている方を除きます。）

現在、児童医療費助成には、医療証・受給者証等はありません。

○助成の対象年齢・期間は

小学校に就学したとき（児童が転入した場合は転入日）から、満12歳になった日以後の最初の3月末日までです。

○所得制限は

所得制限はありません。

○助成の対象となる医療費は

健康保険が適用された入院医療費です。（通院は助成対象外です）

※助成対象外となる費用の例

自費診療分、健康診断の費用、予防接種の費用、おむつ代、薬の容器代、文書料、入院中の食費、選定療養（差額ベッド代、紹介なしの200床以上の病院の初診料等）

○助成される額は

医療機関の窓口で支払った保険診療自己負担分の1ヶ月分の合計額から、1,000円を差し引いた金額です。

ただし、加入保険から高額療養費や付加給付金が支給される場合は、助成される額からその分も差し引かれます。

○助成の申請期限は

診療月から1年以内です。

○請求手続き（償還払い）に必要なものは

- ①健康保険証（お子さんの名前の記載のあるもの）
- ②領収書（コピーは不可）
- ③高額療養費支給決定通知書など（高額療養費に該当する場合のみ）
- ④印鑑 ⑤預金口座（保護者名義に限る、ゆうちょ銀行は不可）

【領収書に必要な事項】

- | | | | |
|----------------|--------------|---------|---------|
| ①受診年月 | ②受診者氏名 | ③保険診療金額 | ④保険診療点数 |
| ⑤入院・外来の別 | ⑥入院日数（入院の場合） | ⑦領収年月日 | |
| ⑧医療機関等の所在地及び名称 | ⑨領収印 | | |

(3) ひとり親家庭等医療費助成制度

○医療費の助成を受けられる方は

金沢市に住民登録があり、国民健康保険または社会保険に加入し児童を養育している母子家庭の母、父子家庭の父、父母のいない児童を養育している方です。(ただし、生活保護を受けている方を除きます。)

対象となる方には、ひとり親家庭等医療費受給資格証（うぐいす色）が交付されます。

○助成の対象者・期間は

母子家庭の母及び児童、父子家庭の父及び児童、父母のいない児童で、児童が、満18歳になった日以後の最初の3月末日までです。ただし、中程度以上の障害のある児童の場合は、満20歳になる誕生日の前日までです。

また、子育て支援医療費助成制度の対象となる児童は除きます。

○所得制限は

児童扶養手当と同様の所得制限があります。（全部停止の方は受けられません。）

○助成の対象となる医療費は

健康保険が適用された入院・通院医療費です。

※助成対象外となる費用の例

自費診療分、健康診断の費用、予防接種の費用、分娩費用、おむつ代、薬の容器代、文書料、入院中の食費、選定療養（差額ベッド代、紹介なしの200床以上の病院の初診料等）

○助成される額は

医療機関の窓口で支払った保険診療自己負担分の1ヶ月分の合計額から、1,000円を差し引いた金額です。

ただし、加入保険から高額療養費や付加給付金が支給される場合は、助成される額からその分も差し引かれます。

○助成の申請期限は

診療月から5年以内です。

○請求手続き（償還払い）に必要なものは

- ①受給資格証
- ②健康保険証
- ③領収書（コピーは不可）
- ④高額療養費支給決定通知書など（高額療養費に該当する場合のみ）
- ⑤印鑑

【領収書に必要な事項】

- | | | | |
|----------------|--------------|---------|---------|
| ①受診年月 | ②受診者氏名 | ③保険診療金額 | ④保険診療点数 |
| ⑤入院・外来の別 | ⑥入院日数（入院の場合） | ⑦領収年月日 | |
| ⑧医療機関等の所在地及び名称 | ⑨領収印 | | |

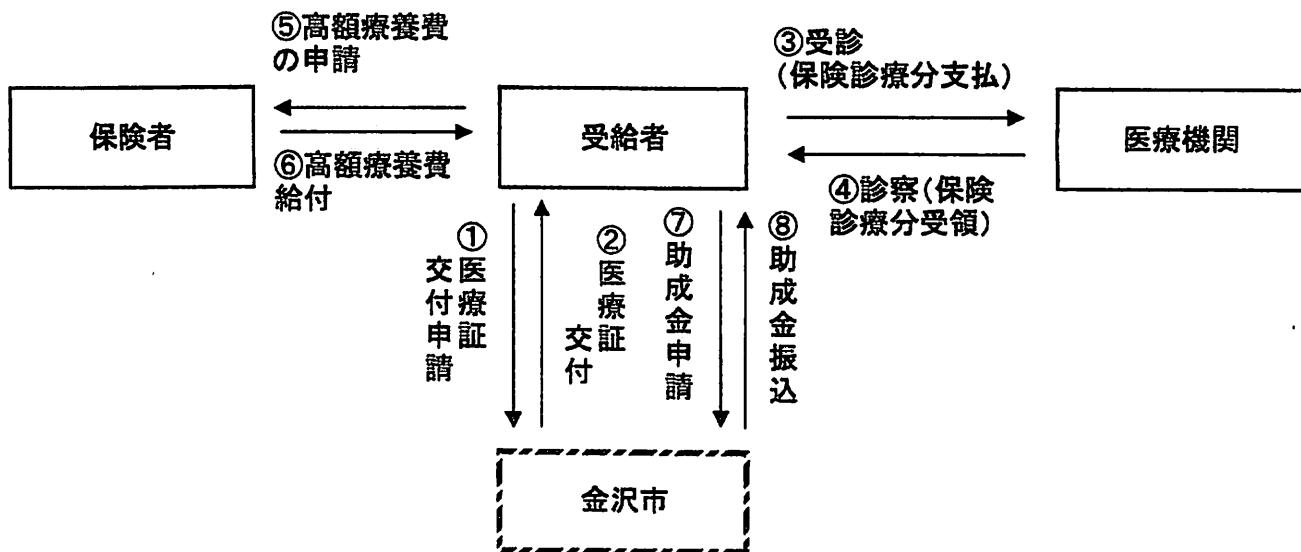
2. 医療費助成制度償還事務の流れ

(この項では、医療証および受給資格証を医療証と表示します。)

(1) 償還払い方式について

現行(平成20年9月診療分まで)

【事務フロー図】



【償還払いのポイント】

① 受給者

- ・診療月の翌月以降、その都度、市の窓口で支給申請手続きが必要。
- ・診療月から1年以内（ひとり親は5年以内）に申請しないと助成を受けられない。
- ・高額療養費に該当した場合は、自分で加入健康保険者に請求しなければならない。
- ・医療機関の窓口での医療証の提示は不要。

② 医療機関

- ・償還払いに必要な事項が記載されている領収書または領収証明書を発行する。

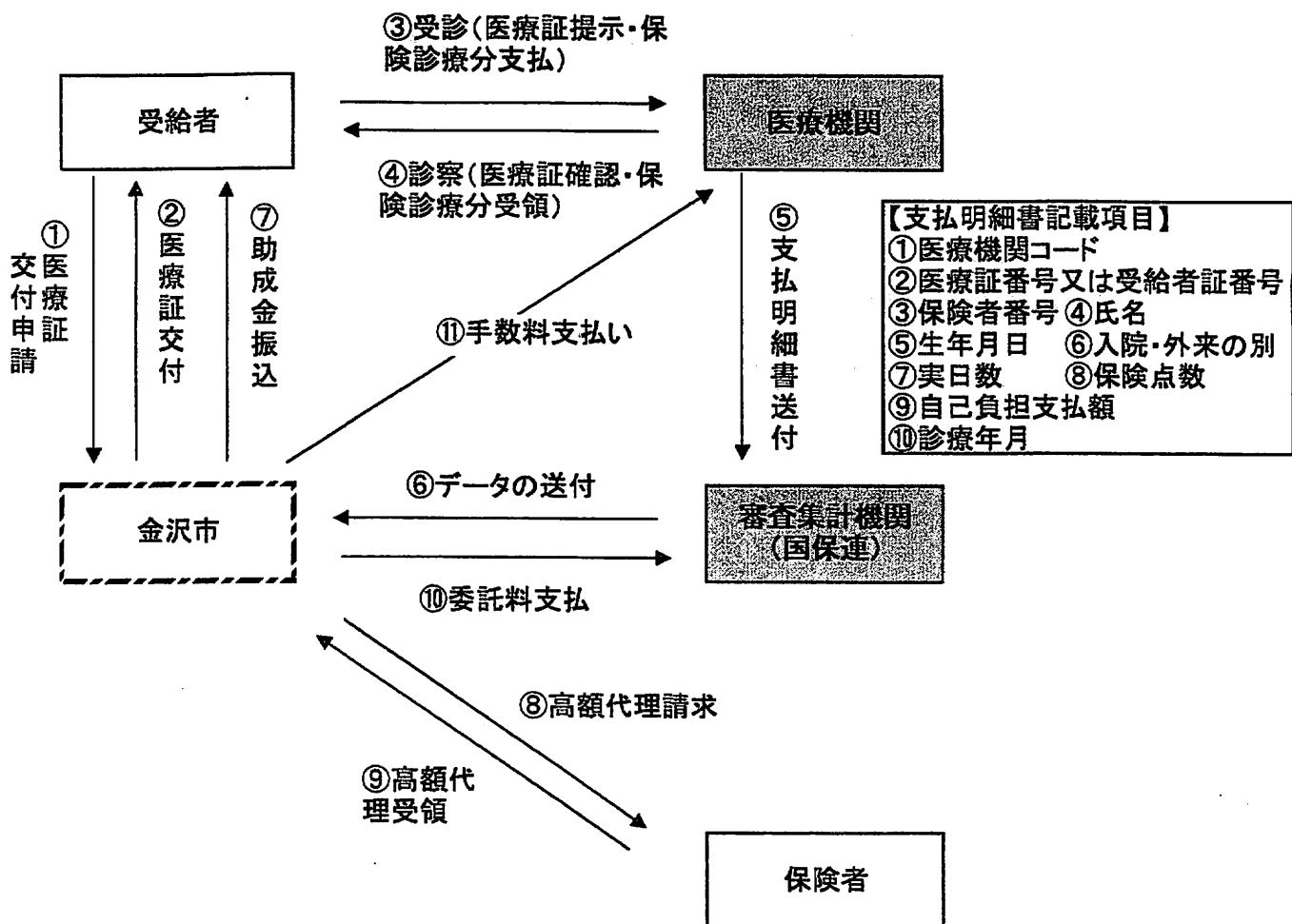
③ 市

- ・支給申請があった翌月末に助成金を指定口座へ振り込み。

(2) 自動償還払い方式について

改正後(平成20年10月診療分から)

【事務フロー図】



【自動償還払いのポイント】

① 受給者

- ・医療機関の窓口で、医療証を提示することが必要になる。
- ・資格申請時の手続きのみで、その後の市の窓口で支給申請手続きは不要となる。
- ・申請期限切れで助成を受けられないということがなくなる。
- ・高額療養費に該当した場合でも、自分で加入健康保険者に請求する必要がなくなる。
- ・高額療養費に該当する場合は、市へ委任状を提出する。(書類は市から送付される。)

② 医療機関

- ・受付時、医療証の確認が必要になる。
- ・支払明細書を、毎月10日までに国保連合会へ送付する。

③ 国保連合会

- ・医療機関から送付された支払明細書をチェックしデータ作成、作成後市へ送付する。

④ 市

- ・医療証の提示があった診療月の3カ月後末に助成金を指定口座へ振り込み。
- ・高額療養費を保険者に請求する。
- ・医療機関、国保連合会に手数料を支払う。

(3) 平成20年10月以降の留意点

① 自動償還払いの対象となるもの

- ・金沢市が指定した市内の病院、診療所(医科、歯科)、調剤薬局に受診した場合

② 20年10月以降も償還払いとなるもの

- ・医療証を提示しなかった場合
- ・金沢市外の病院、診療所(医科、歯科)、調剤薬局に受診した場合
- ・金沢市の指定を受けていない市内の病院、診療所(医科、歯科)、調剤薬局に受診した場合
- ・療養費払い(治療用装具、柔整等)に該当した場合
- ・公費負担医療制度の一部負担金
- ・20年9月診療分までの自己負担額

③ 届け出が必要な場合

- ・住所が変わったとき
- ・保護者が変わったときや保護者の氏名が変わったとき
- ・乳幼児、受給者の氏名が変わったとき
- ・加入している健康保険が変わったとき
- ・振込口座を変えたいとき
- ・医療証を紛失、破損、汚損したとき

平成 年 月分

乳幼児医療費自己負担額支払明細書

市町コード

石川県国民健康保険団体連合会 様

表 别					医療機関コード				
医	1	歯	3	調	4				

医療機関所在地

名称

開設者

電話

下記のとおり送付する。

平成 年 月 日

印

医療証番号	保険者番号	氏名	生年月日			入院・ 外来の 別	割 合	日数	保険点数	自己負 担額	診療年月		備考
			年	月	日						年	月	
1			4				2				4		
2			4				2				4		
3			4				2				4		
4			4				2				4		
5			4				2				4		
6			4				2				4		
7			4				2				4		
8			4				2				4		
9			4				2				4		
10			4				2				4		
11			4				2				4		
12			4				2				4		

- ①この明細書は石川県国民健康保険団体連合会に提出する。
 ②表別欄 医科は1、歯科は3、調剤は4の該当番号を○で囲む。
 ③保険者番号欄は、左詰めで記入する。
 ④生年月日欄、診療年月にある”4”は、元号の平成を表す。
 ⑤入院・外来の別は、入院は1、外来は2を記入する。

- ⑥割合欄は、乳幼児自己負担割合を表す。
 ⑦日数欄は、入院日数を記入する。
 ⑧保険点数欄は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
 ⑨自己負担支払額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。
 ⑩明細書が2枚以上にわたる場合は、頁/総枚数を記入する。

(頁/総枚数)

平成 年 月分

児童医療費自己負担額支払明細書

市町コード

石川県国民健康保険団体連合会 様

表 別					医療機関コード				
医	1.	歯	3	調	4				

下記のとおり送付する。

平成 年 月 日

医療機関所在地

名称

開設者

電話

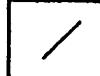
印

医療証番号	保険者番号	氏名	生年月日			入院・外来の別	割合	日数	保険点数	自己負担額	診療年月		備考
			年	月	日						年	月	
1			4			1	3				4		
2			4			1	3				4		
3			4			1	3				4		
4			4			1	3				4		
5			4			1	3				4		
6			4			1	3				4		
7			4			1	3				4		
8			4			1	3				4		
9			4			1	3				4		
10			4			1	3				4		
11			4			1	3				4		
12			4			1	3				4		

- ①この明細書は石川県国民健康保険団体連合会に提出する。
 ②表別欄 医科は1、歯科は3、調剤は4の該当番号を○で印む。
 ③保険者番号欄は、左詰めで記入する。
 ④生年月日欄、診療年月にある”4”は、元号の平成を表す。
 ⑤入院・外来の別は、入院は1、外来は2を記入する。

- ⑥割合欄は、児童自己負担割合を表す。
 ⑦日数欄は、入院日数を記入する。
 ⑧保険点数欄は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
 ⑨自己負担支払額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。
 ⑩明細書が2枚以上にわたる場合は、頁/総枚数を記入する。

(頁/総枚数)



平成 年 月分 ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細書

市町コード

石川県国民健康保険団体連合会 様

表 別						医療機関コード					
医	1	歯	3	調	4						

下記のとおり送付する。

医療機関所在地

名称

開設者

平成 年 月 日 電話

印

受給者番号	枝番	保険者番号	氏名	生年月日			入院・ 外来の 別	割合	日数	保険点数	自己負担 支 払 額	診療年月		備考
				年	月	日						年	月	
1								3						4
2								3						4
3								3						4
4								3						4
5								3						4
6								3						4
7								3						4
8								3						4
9								3						4
10								3						4
11								3						4
12								3						4

①この明細書は石川県国民健康保険団体連合会に提出する。

②表別欄 医科は1、歯科は3、調剤は4の該当番号を○で囲む。

③保険者番号欄は、左詰めで記入する。

④生年月日欄は、元号を次の区分で表記して始める。（明治：1、大正：2、昭和：3、平成：4）

⑤入院・外来の別は、入院は1、外来は2を記入する。

⑥割合欄は、受給者自己負担割合を表す。

⑦日数欄は、入院日数を記入する。

⑧保険点数欄は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。

⑨自己負担支払額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。

⑩明細書が2枚以上にわたる場合は、頁/総枚数を記入する。

(頁/総枚数)

