

健 第 2 4 6 号  
平成 22 年 5 月 19 日

能登町長 持木一茂

能登町子ども医療費給付事業の自動償還方式導入における  
事務協力について(依頼)

新緑の候、貴殿におかれましては益々ご健勝のことと、お慶び申し上げます。  
平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

能登町では、平成 22 年 10 月 1 日より能登町子ども医療費給付事業における給付に自動償還方式を導入することとなりました。

能登町長の指定する指定医療機関等となっていただける医療機関等においては、対象子どもが受給資格証を提示して保険診療を受けた場合、別紙のとおり、石川県国民健康保険団体連合会へ情報提供をしていただくこととなります。

ご理解、ご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

なお、事務取扱に対し、手数料をお支払いする予定としております。

問い合わせ先

能登町健康福祉課 岩井 芳美  
電話 0768-72-2502

## 能登町子ども医療費給付事業について

### 1. 事業内容

子どもが受けた保険診療(入院・通院)における一部負担金額を給付する事業です。

給付対象を「通院は小学校就学前まで、入院は小学校卒業まで」としていましたが、平成 22 年 10 月から「通院・入院ともに中学校卒業まで」に拡大します。

### 2. 受給者

能登町に住所を有する中学校卒業までの子どもの保護者です。

### 3. 子ども医療費の給付方法

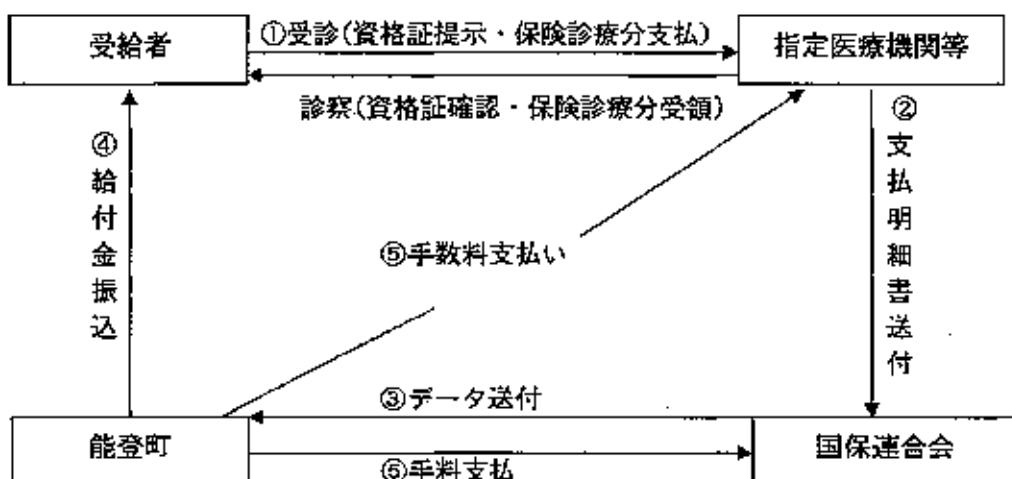
平成 22 年 10 月から指定医療機関等を受診した場合、自動償還払い方式を導入する予定です。

指定医療機関等以外では、従来どおり、保護者が町へ医療費の領収書などを提出して請求することになります。

### 4. 自動償還方式の流れ

- ・受給者が指定医療機関等で受診時に子ども医療費受給資格証を提示します。
- ・指定医療機関等は支払明細書に必要事項を入力(又は記入)して翌月 10 日までに国保連合会へ送付します。
- ・国保連合会は指定医療機関等から提出された支払明細書をデータ作成して、翌月のレセプト送付時に能登町へ送付します。
- ・能登町は国保連合会からのデータを基に給付金を指定口座に振り込みます。
- ・指定医療機関等、国保連合会に手数料を支払います。
- ・高額療養費、付加給付等がある場合は、給付対象ではないので受給者が医療保険者に申請します。
- ・公費対象自己負担分は自動償還ではなく、窓口申請になります。

自動償還方式事務フロー図



平成 22年 10月分

# 福祉医療費自己負担額支払明細書(案)

石川県民健康保険団体連合会 様

医療機関所在地、名称、開設者、看護師  
システムを使用する場合は医療機関コードを打ち  
込めば自動で照査に反映されます。直接明細書  
に書き込む場合は、予め入力したものを記入する  
ことを可能です。赤字が必須記入項目です。

下記のとおり送付する。

医療機関コード

1	7	1	0	1	3	9	9	9	9	9	9	9
平成 22年 医療費受給資格証の番号 を入力してください。												

登町○○○○○○○  
名称 ○○医院  
開設者 △△△△△  
電話 0763-99-3599

医療機関所在地

証番号	保険者番号	種別	氏名	生年月日	入院・外来の別	日数	割合	保険点数	自己負担額	支払額	診療年月	備考
1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 7 0 8 6 0	1	ああああ けいじゅ	4.17.08.05	1	2	10	13,917	27,830	4,22.10		
2 0 0 0 0 0 0 0 1	3 1 1 7 0 1 0 3	2	ララララ ララララ	4.12.09.21	2	3		510	1,530	4,22.10		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

- ①この原形書は石川県国民健康保険連合会に提出する。  
②保険者番号欄は、左端めで記入する。  
③保険者は、児童は2、ひとり親は3を記入する。  
④生年月日欄、診療年月には、元号を記入する。  
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、自己負担割合を記入する。  
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点数を記入する。  
⑨自己負担額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。  
⑩明細表が2枚以上にわたる場合は、空欄部分を記入する。

医療機関所在地

/

乳幼児は0才～就学前です。  
児童は小学生～中学生です。  
ひとり親は、寡婦外なので記入しないでください。

## 支払明細書出力SCVファイルレポート

平成22年5月19日確定版

福祉医療費（能登町）		医療機関・連合会	
項目名	説明	最大桁数	種別
1 プリタ種別	1 整理番号	1 整理番号	1 : 幼児医療費 2 : 少童医療費
2 請求年月		5 数字	GYMM
3 提出年月日		7 数字	GYMMDD
4 保険医療機関番号	県番号2桁+点数表1桁+地区2桁+番号4桁+検証1桁	10 数字	
5 市町村コード	左詰め記述 ※能登町「174637」	6 数字	1 : 医科 3 : 齧科 4 : 謾剤
6 証券番号	左詰め記述 ※能登町「174637」	20 文字	
7 保険者番号	右詰め記述 ※能登町「174637」	8 文字	
8 氏名	印字用に利用する ※能登町「半角10文字(半角20文字)」	20 文字	
9 生年月日		7 数字	GYMMDD
10 入院・外来の別		1 数字	1 : 入院 2 : 外来
11 判定		2 数字	2 : 2類 3 : 3型
12 日数		2 数字	
13 保険点数		7 数字	
14 自己負担支払額		7 数字	
15 診察年月		5 数字	GYMM
16 パンチ区分		1 数字	0 : 電子 1 : 紙
17 エラー区分		1 数字	1 : エラー有 2 : 重複エラーは除く

・ファイル形式はCSV形式(カンマ区切り)

・ファイルは毎月、データ種別毎に作成

・ファイル名は「請求年月+市町村コード+データ種別.CSV」  
SAMPLEの場合  
福社医療費分：42210174637.CSV

NO.6 の証券番号は能登町の「子ども医療費受給資格証」の番号

## 2. 福祉医療費明細書入力画面（表）

③	④	①										
NO	保険号	医療証番号	種別	店名	生年月日	料金の 種類	割合	日数	算定点数	自己負担 支払額	請求年月	
1	123456789	170960	1	済み病院	19700905	L	2	3	10	5,000	10,000	197009
2	00000000t	31170100	2	3333 ええええ	19700901	L	2	3	10	5,000	10,000	197009
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

### 【操作イメージ】

毎月の福祉医療費明細書を入力する画面です。

①メニューの「一括初期化」をクリックして、前月の入力データをクリアします。

②「医療証番号～診療年月」の各項目を明細書単位に1行ずつ入力します。

- ・1回の請求で1000明細まで入力が可能です。

- ・右クリックで行コピー、行挿入、行削除が可能です。

③メニューの「明細書印刷」をクリックして、明細書を印刷します。

- ・種別、証番号、保険者番号、入院・外来別、請求年月毎にソート・集計されます。

④メニューの「CSV出力」をクリックして、明細書データのCSVファイルを作成します。

- ・CSV保存先に作成されたCSVファイルを国保連合会へ提出します。

## 指定医療機関等候補(あいうえお順)

(医師会)  
公立穴水総合病院  
生垣医院  
公立宇出津総合病院  
大貫眼科医院  
小木診療所  
北川クリニック  
株洲市総合病院  
千間内科クリニック  
直井医院  
中沢産婦人科  
はしもとクリニック  
升谷医院  
まるおかクリニック  
持木メディカルクリニック  
柳田温泉病院

(歯科医師会)  
大背戸歯科医院  
大森歯科医院  
岡本歯科医院  
草山歯科医院  
高歯科医院  
はしもとデンタルクリニック  
宮本歯科医院  
持木歯科医院

(薬局)  
あおぞら宇出津薬局  
穴水AIN薬局  
穴水あおば薬局  
穴水河合薬局  
穴水シメノ薬局  
穴水たんぽぽ薬局  
穴水橋本薬局  
宇出津AIN薬局  
宇出津らいふ薬局  
河合薬局  
小西薬局  
たておか薬局  
能都うしつ薬局

## 子ども医療費給付事業の自動償還実施に関する契約書(案)

能登町が行う子ども医療費給付事業の自動償還実施に關し、能登町（以下「甲」という。）と（以下「乙」という。）との間に次のとおり契約を締結する。

第1条 甲、乙双方は信義を重んじ誠実に本契約を履行しなければならない。

第2条 乙は能登町子ども医療給付に関する条例第2条7項に定める「指定医療機関等」として、子どもの保護者から診療の際に子ども医療費受給資格証の提示を受けた場合、別添の支払明細書に必要事項を記入の上、翌月10日までに、石川県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に送付しなければならない。ただし、自己負担金の支払いがされてない場合は、支払いが完了した翌月10日までとする。

第3条 甲は、前条による乙の事務に対し1診療につき50円を支払うものとする。

第4条 4月～同年9月までの請求書を10月15日、10月～翌年3月までの請求書を4月15日までに甲に提出するものとする。

2 甲は前項の請求書を受理したときは額を確認し、速やかに乙に支払うものとする。

第5条 甲は、乙に対して請求書の内容について必要があると認めたときには、書類の閲覧及び説明又は報告を求めることができるものとする。

第6条 この契約の有効期間は、平成22年10月1日から平成23年3月31日までとする。ただし、期間満了30日前までに、甲、乙いずれか一方から何等の意思表示をしないときは期間満了日の翌日から起算して1年間更に有効とする。以後期間満了の時ににおいて同様とする。

第7条 甲及び乙は、この契約の継続に重大な支障があると認めた場合には、30日以上の予告期間をもうけてこの契約を解除することができる。

第8条 前各条に定めるもののほか、その契約に定めのない事項については、甲、乙協議のうえ定めるものとする。

この契約の締結を証するため本書2通を作成し、甲、乙双方署名捺印のうえ各1通を所持するものとする。

平成 年 月 日

甲 石川県鳳珠郡能登町字宇出津新1字197番地1

能登町長 持木一茂

乙 医療機関コード  
医療機関所在地  
医療機関名称  
代表者氏名