

発健第62号
平成23年7月12日
(2011年)

各医療機関様

金沢市長 山野之義
(公印省略)

子育て支援医療費助成制度の対象年齢拡大について

平素より、本市の福祉保健行政の推進にあたり、ご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、子育て支援医療費助成制度につきましては、医療機関の皆様のご協力のもと、平成20年10月診療分から自動償還払い方式を探っておりますが、このたび平成23年10月診療分から子育て支援医療費助成制度の対象年齢を、次のとおり拡大しますのでお知らせいたします。

対象年齢拡大のお知らせとこれに伴う手続の留意事項について

対象年齢拡大について

	【現行】 平成23年9月診療分まで		【改正】 平成23年10月診療分から	
	資格者証	対象者	資格者証	対象者
入院・通院	乳幼児医療証	出生(転入日)～小学校就学前	小児医療証	出生(転入日)～小学校3年生
入院のみ	児童医療証	小学校1年生～小学校6年生	児童医療証	小学校4年生～中学校3年生

※小児医療証は9月に全員に交付。児童医療証は申請者に交付。

手続きの留意事項について

この制度改正によって、自動償還払いの基本的な事務処理や手数料に変更はありませんが、以下の点が変更となります。

これまでの乳幼児医療費助成対象者（未就学児）の自己負担割合は全て2割でしたが、制度改正後の対象者となる小児（未就学児及び小学校1～3年生）の自己負担割合は2割と3割の2種類となります。

このため、自動償還払いの事務処理において、国民健康保険団体連合会に送付する乳幼児医療費自己負担額支払明細書につきましては、新たに小児医療費自己負担額支払明細書となり、記載される明細に2割と3割の負担割合の人々が存在することになりますのでご注意願います。

なお、小児医療費自己負担額支払明細書の様式は8月下旬頃に別途送付させていただく予定です。
あわせて制度改正のポスター等も送付させていただきますので、患者様に周知くださいますようよろしくお願い申し上げます。

〈事務担当〉

金沢市健康総務課 担当：庄田、松永

TEL 076-220-2233

FAX 076-220-2231

平成 年 月分

乳幼児医療費自己負担額支払明細書

石川県国民健康保険団体連合会 様

小児医療費

市町コード

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 年 月	備考
			年	月	日							
1			4									4
2			4									4
3			4									4
4			4									4
5			4									4
6			4									4
7			4									4
8			4									4
9			4									4
10			4									4
11			4									4
12			4									4

小児

- 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)



事務連絡
平成23年8月30日

保険医療機関 各位
保険調剤薬局 各位

石川県国民健康保険団体連合会

金沢市子育て支援医療費助成制度の支払明細書の様式変更について

平素、当国保連合会の事業運営につきましては、格別のご協力を賜り厚くお礼申しあげます。

さて、平成23年10月診療分から標記助成制度の対象年齢拡大に伴い、下記のとおり変更になりますのでご案内申し上げます。

記

1 CSV形式ファイルレイアウト（小児医療費）別添1

2 その他

上記については、石川県国保連合会ホームページ(<http://ishikawa-kokuho.jp/>)「保険医療機関の皆様へ」からダウンロードできますのでご活用ください（平成23年9月20日頃更新予定）

	石川県国民健康保険団体連合会
担当	審査業務課 第4係
	076-261-5193

別添1

CSV形式ファイルレイアウト

小児医療費

NO.	項目名称	最大桁数	種別	説明
1	データ種別	1	数字	1:小児医療費
2	請求年月	5	数字	GYYMM
3	提出年月日	7	数字	GYYMMDD
4	保険医療機関番号	10	数字	県番号2桁+点数表1桁+地区2桁+番号4桁+検証1桁 県番号「17」固定 点数表 1:医科 3:歯科 4:調剤
5	市町村コード	6	数字	金沢市「172014」固定
6	医療証番号	10	文字	左詰め記載(前ゼロ有り)
7	保険者番号	8	文字	左詰め記載(前ゼロ有り):注意 桁数4桁~8桁記載
8	氏名	20	漢字	印字用に利用する 全角10文字(半角20文字)
9	生年月日	7	数字	GYYMMDD
10	入院・外来の別	1	数字	1:入院 2:外来
11	割合	2	数字	2:2割(未就学児) 3:3割(小学1~3年生)
12	日数	2	数字	日数は入院の時記載される。外来は日数不要。
13	保険点数	6	数字	
14	自己負担支払額	6	数字	
15	診療年月	5	数字	GYYMM

- ・ファイル形式はCSV形式(カンマ区切)
- ・ファイルは毎月各医療機関、データ種別毎に作成
- ・ファイル名は「請求年月+保険医療機関番号+データ種別.CSV」