

## 岡山県ひとり親家庭等医療費公費負担補助制度に係る 医療機関窓口での取扱い方法の変更について

平成15年10月1日から岡山県母子家庭医療費公費負担補助制度が岡山県ひとり親家庭等医療費公費負担補助制度（以下「ひとり親家庭等医療費」という。）に改正されることに伴い、ひとり親家庭等医療費の対象者に対する医療機関の窓口での取扱いが以下のとおり変更となりますので、よろしく願いいたします。

### 記

#### 1 改正概要

- (1) 名称を「ひとり親家庭等医療費公費負担制度」に改正する。
- (2) 給付対象者に父子家庭の父及び児童を加える。
- (3) 一部負担金を定額制に変更する。

#### 2 取り扱いについて

##### (1) 制度の法別番号について

ひとり親家庭医療費の法別番号は、母子家庭医療費を引き継ぎ「86」とする。

##### (2) 給付対象者について

対象者の範囲が拡大されたが、従来どおり受給資格証を交付された者のみが対象なので、医療機関等窓口を受給資格証を提出した者のみが現物給付の対象となる。（受給資格証の提出がない者については、医療保険各法における医療費の自己負担額を徴収することになる。）

なお、月初めに医療費の自己負担額を徴収された者については、その月の間は現物給付の取扱いをすることができない。この場合は、償還給付の取扱いとなるので、対象者から申し出があったときは、「ひとり親家庭等医療費給付申請書」の「診療報酬領収証明書」欄に証明願います。

##### (3) 受給資格証について

現在母子家庭医療費受給資格者が保有している受給資格証については、その有効期間の間、ひとり親家庭等医療費受給資格証として有効。

受給資格証更新時期（平成16年6月）までは新旧両制度の受給資格者証が混在予定。

##### (4) 窓口で受け取る額（一部負担金）について

###### (上限額)

外来 1回につき 500円（1月あたり2回を限度とする。）  
入院 1日につき1,000円（1月あたり10日を限度とする。）

従前：定率1割

上限額

外来 12,000円(8,000円) / 月

その他 40,200円(15,000円) / 月

・自己負担額が500円(入院の場合は1,000円)に満たない場合は自己負担額全額を徴収する。この場合の、レセプト(国保以外の場合は請求書)への記入は、患者からの徴収金額に拘わらず1円単位で記入する。

・回数又は日数は医療機関毎に判断し、他の医療機関での受診は算入しない。

・1日に同じ医療機関で2回受診した場合は一部負担金を2回徴収する。

・院外処方における薬局での一部負担金は徴収しない。

##### (5) その他

変更後の請求書及び送付書(いずれも国保以外用)については、従来どおり地区医師会、県歯科医師会を通じて配布する。

#### <お問い合わせ先>

受給資格証に記載されている市町村の担当窓口

又は 岡山県保健福祉部子育て支援課保育・母子係

TEL086-226-7349(直通)

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成15年10月1日から「岡山県母子家庭医療費公費負担補助制度」が、「岡山県ひとり親家庭等医療費公費負担補助制度」に改正されることに伴い、請求書及び送付書が新しくなりました。新様式は県保健福祉部より別紙のとおり倉敷医師会事務局へ届いております。ご入用の方は事務局まで取りにお越し下さい。

尚、旧様式は使用できますが、早めに新様式へ切り替えをお願いいたします。

ひとり親家庭等

平成 年 月診療分ひとり親家庭等医療費送付書 (国保以外用)

点数区分	医科	1	歯科	3	調剤	4
医療機関(薬局)コード						

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関(薬局)

の所在地及び名称

下記のとおり送付いたします。

開設者氏名

印

平成 年 月 日

電話番号

社会 保 険	区分	件数	保険請求点数	ひとり親家庭等 公費負担分点数	一部負担金	他法一部負担金	備 考
	入院	7割					
8割							
外来	7割						
	8割						
合計							

注1 国保診療報酬明細書とは別編織してください。

注2 点数区分に○の表示をしてください。

(H15.10)

平成 年 月診療分ひとり親家庭等医療費請求書(国保以外用)

点数区分	医科	1	歯科	3	調剤	4
医療機関(薬局)コード						

市長村長 殿

保険医療機関(薬局)

公費負担者番号	8	6	3	3				
---------	---	---	---	---	--	--	--	--

の所在地及び名称

開設者氏名

印

下記のとおり医療費を請求します。

平成 年 月 日

電話番号

診療月	受給者番号	氏名	入院 外来	給付割合	診療費 日数	保険請求点数	ひとり親 家庭等公費 負担分点数	一部負担金 (円)	他法 公費 番号	他 法 一 部 負 担 金 (円)	保険者番号	備 考	診療科名	科	ページ No.	頁中	頁	
			入1															
			外2															
			入1															
			外2															
			入1															
			外2															
			入1															
			外2															
			入1															
			外2															
			入1															
			外2															
			入1															
			外2															
			入1															
			外2															
			入1															
			外2															
小 計																		
合 計																		

- ①この請求書は、国保以外の保険加入者についてレセプト1枚毎に1行記入すること。
- ②「点数区分」欄は該当数字に○をすること。
- ③「診療科名」欄は、旧総合病院のみ記入すること。
- ④「診療月」欄は、請求月以外の請求がある場合のみ記入すること。
- ⑤「入院・外来」欄は該当数字に○をすること。
- ⑥「給付割合」欄は、保険者負担割合(7割・8割等)の数字を記入すること。
- ⑦「ひとり親家庭等公費負担分点数」欄は、他法公費負担がない場合は、記載を省略すること。
- ⑧「一部負担金」欄は、定額(医療機関毎)外来:1回500円月2回まで、入院:1日1,000円月10日までを記入すること。  
但し、外来500円、入院1,000円に満たない場合は、患者からの徴収金額にかかわらず1円単位で記入すること。
- ⑨他法による公費負担がある場合は、その「他法公費番号」欄に記入するとともに、自己負担額がある場合は「他法一部負担金」欄にその額を記入すること。
- ⑩「合計」欄は、保険者毎で最初のページに記入すること。
- ⑪訂正がある場合は、1行すべてを二本線⇒で抹消した上、次の行に記入すること。