

平成12年4月

福祉関係医療費請求手続きの概要

徳島県国民健康保険団体連合会

本会の福祉関係医療費請求手続きの概要は次のとおりでありますので、請求事務の参考資料としてお取扱いを願います。

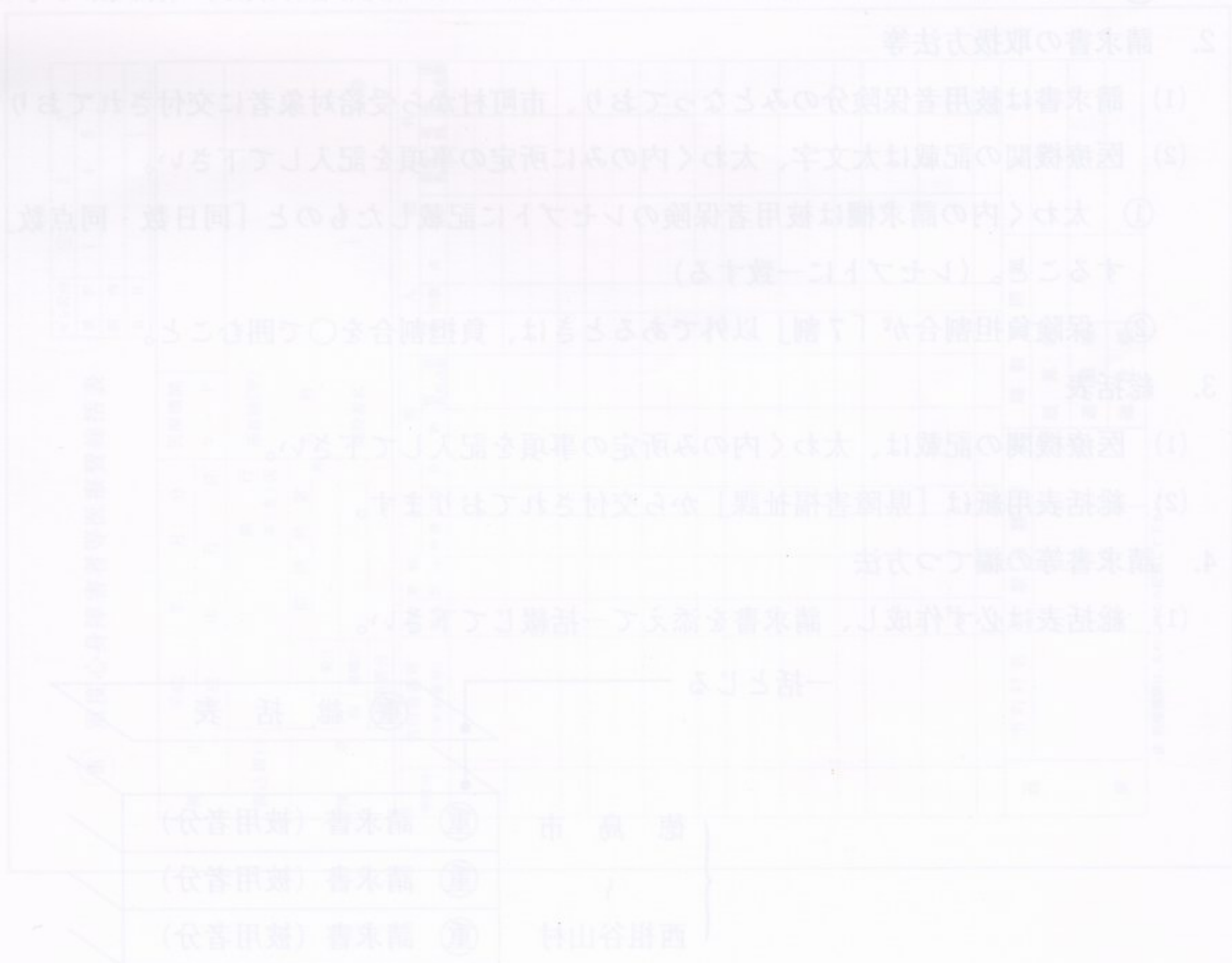
1. 県単独分医療費助成事業関係

- (1) 重度心身障害者等医療費の請求手続き
- (2) 乳幼児医療費の請求手続き

2. 市町村単独分医療費助成事業関係

- (1) 乳幼児医療費（4歳未満児分）の請求手続き

3. 妊婦・乳児一般健康診査費助成事業関係



1. 県単独分医療費助成事業関係

[制度の概要]

- (1) 徳島県単独医療費助成事業のうち、国保連合会で取扱っているのは次の2種類です。
 - ① 重度心身障害者等医療費助成
 - ② 乳幼児医療費助成
- (2) 市町村から「受給者証」の交付を受けた受給対象者の国保、被用者保険の一部負担金（患者負担額）をこの制度が負担し、原則として現物給付扱いとしているので(重)(乳)受給者からは、自己負担額を受領する必要はありません。（ただし、(乳)被用者分の高額限度額を超えた分は償還払いとなります。）
- (3) (重)(乳)は、徳島県単独の制度です。他の都道府県にも同様の制度がありますが、現物給付扱いはできませんので、被保険者証に記載された一部負担金を受領して下さい。受給者は後で実施市町村から払い戻しを受けることになります。
- (4) (重)(乳)の審査支払は国保分（レセプト併用）、被用者保険分とも国保連合会でを行っています。請求書は併用する医療保険の種類にかかわらずすべて国保連合会へ提出して下さい。

[I] 重度心身障害者等医療費

1. 請求様式等の区分

- (重) 重度心身障害者等医療費総括表——白色紙黒刷
- (重) 重度心身障害者等医療費請求書——浅黄色紙黒刷（被用者保険分）（様式第8号の2）

2. 請求書の取扱方法等

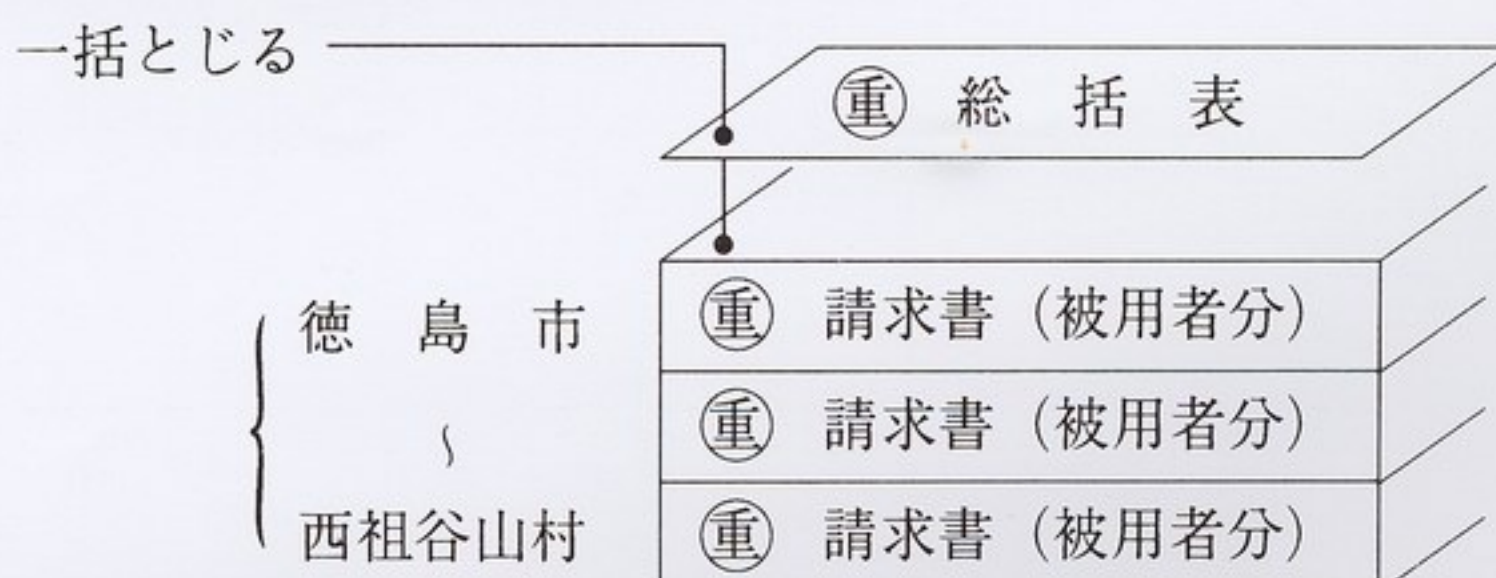
- (1) 請求書は被用者保険分のみとなっており、市町村から受給対象者に交付されております。
- (2) 医療機関の記載は太文字、太わく内のみ所定の事項を記入して下さい。
 - ① 太わく内の請求欄は被用者保険のレセプトに記載したものと「同日数・同点数」を記入すること。（レセプトに一致する）
 - ② 保険負担割合が「7割」以外であるときは、負担割合を○で囲むこと。

3. 総括表

- (1) 医療機関の記載は、太わく内のみ所定の事項を記入して下さい。
- (2) 総括表用紙は「県障害福祉課」から交付されております。

4. 請求書等の編てつ方法

- (1) 総括表は必ず作成し、請求書を添えて一括綴じて下さい。



(A 4 浅黄色)

様式第8号の2(第5条関係)

⑤ 重度心身障害者等医療費請求書(被用者保険分)

平成 年 月 日

殿

負担者番号					
-------	--	--	--	--	--

点数表別	1	3	4	
医療機関 コード				
所在地(〒)				
名称				
開設者氏名				

平成 年 月 分

下記のとおり請求します。

受給者氏名	(印)受給者証番号	被保険者証番号	被保険者証号
	記号		
年生	保険者名		

保険種別	被用者保険				所要	
	(薬剤一部負担額の内訳)				円	日
保険負担割合	政・組・船・共					
高年齢費分区	9・8・7・その他割合					
区分	日数(回数)	入院	薬剤一部負担額	他法負担点	負担点	重度心身障害者等医療費請求額
		入院外			円	
請求						
※ 決定						

(注) 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。

⑤ 重度心身障害者等医療費総括表

セ/区/分	①	2	3
採当	1	3	4 5 9
B.H			

提出	平成 年 月 日		医療機関				⑥
	平成 年 月 日		コード				
	振込銀行		所在地(〒)				
請求	国	一般分	取扱件数	名称	開設者名		
	保	退職分	被用者分				
戻	市町村名	件数	日数	点	入院	入院外	法
	返	件数	日数	点	日数	日数	他
	負担者番号	給付	高	区分	点	日数	他
	(市町村番号)	割合	区	分	日数	日数	法
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点
							負担点

注 医療機関は、太わく内のみ記載して下さい。

〔Ⅱ〕乳幼児医療費

1. 請求様式等の区分

- ① 乳幼児医療費請求総括表 アイボリー色黒刷（様式第4号）
- ② 乳幼児医療費請求書 アイボリー色黒刷（被用者保険分）（様式第3号）

2. 請求書の取扱方法等

- (1) 請求書は被用者保険分のみとなっており、請求書用紙は市町村から受給対象者に交付されております。
- (2) 医療機関の記載は太文字、太わく内のみ所定の事項を記入して下さい。
 - ① 太わく内の請求欄は被用者保険のレセプトに記載したものと「同日数・同点数」を記入すること。（レセプトに一致する）
 - ② 保険負担割合が「7割」以外であるときは、負担割合を○で囲む。

3. 請求総括表

- (1) 医療機関の記載は、太わく内のみ所定の事項を記入して下さい。
- (2) 総括表用紙は、「県健康増進課」から交付されております。

4. 請求書等の編てつ方法

前記、「重度心身障害者等医療費」と同様の方法であります。

様式第3号 (第5条関係)

乳幼児医療費請求書 (被用者保険分)

平成 年 月 日

※ 受給者の方へ、保険証が変わった時は2週間以内に届けて下さい。

負担者番号		1	3	4	9
施設					
点数表別	1 3 4 9				
医療機関コード					
所在地					
名称					
開設者氏名					
印					

殿

平成 年 月 分

下記のとおりに請求します。

受給者氏名	乳幼児氏名	生年月日	有効期限	保険種別	被用者保険 政・租・船・共	備考 高額療養費区分 高・長・非高	乳幼児医療費			
							受給者証番号	被保険者証 記号番号	保険者名	備考
保険負担割合							8・7・その他			
請求	入院	日数(回数)	点数(金額)	他法負担点数			円			
	入院外	日	点	点						
※ 決定	入院	件数	点	端数整理額						
	入院外	件数	点	概算額						
				過誤額						
				確定額						

注 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。

様式第4号

乳幼児医療費請求総括表

レセ区分	0	2	3
採択	1	3	4
担当			
B・H			

提出	平成 年 月 日	医療機関	コード	
振込銀行	平成 年 月 日	所在地	平	開設者氏名
	銀行			
	本(支)店			
請求	取扱件数	名称	印	
	国保一般分			
	退職分			
	被用者分			

相応別	負担者番号 (市町村番号)	給付 割合	入院			入院外		
			件数	日数	点数	件数	日数	他法点数
返戻	市町村名	件数	日数	点	端数整理額			
					概算額	過誤額	確定額	

注 医療機関は、太わく内のみ記載してください。

2. 市町村単独分医療費助成事業関係

[制度の概要]

- (1) 市町村単独医療費助成事業のうち国保連合会で取扱っているのは次のとおりです。
- ① 乳幼児医療費助成（4歳未満児）（償還払いの取扱いを行っている市町村分は除く）
 - ② 乳幼児医療費助成（6歳未満児）
- (2) 実施市町村から「受給者証」の交付を受けた受給対象者（4歳未満児）の国保、被用者保険の一部負担金（患者負担額）をこの制度が負担し、原則として現物扱いとしているので㊤（4歳未満児）受給者からは自己負担額を受領する必要はありません。（ただし、被用者分の高額限度額を超えた分は償還払いとなります。）
- (3) ㊤ 4歳未満児分は実施市町村単独の制度です。
- (4) ㊤ 4歳未満児分の審査支払は国保分（藤色請求書）被用者保険分（ピンク色請求書）とも国保連合会でを行っています。

請求書は併用する医療保険の種類にかかわらずすべて国保連合会へ提出して下さい。

[1] 乳幼児医療費（4歳未満児）

1. 請求様式等の区分

- ㊤ 乳幼児医療費請求総括表——アイボリー色黒刷（様式第4号）
- ㊤ 乳幼児医療費請求書
 - 藤色紙黒刷（国保分）（様式第3号）
 - ピンク色紙黒刷（被用者分）（様式第3号）

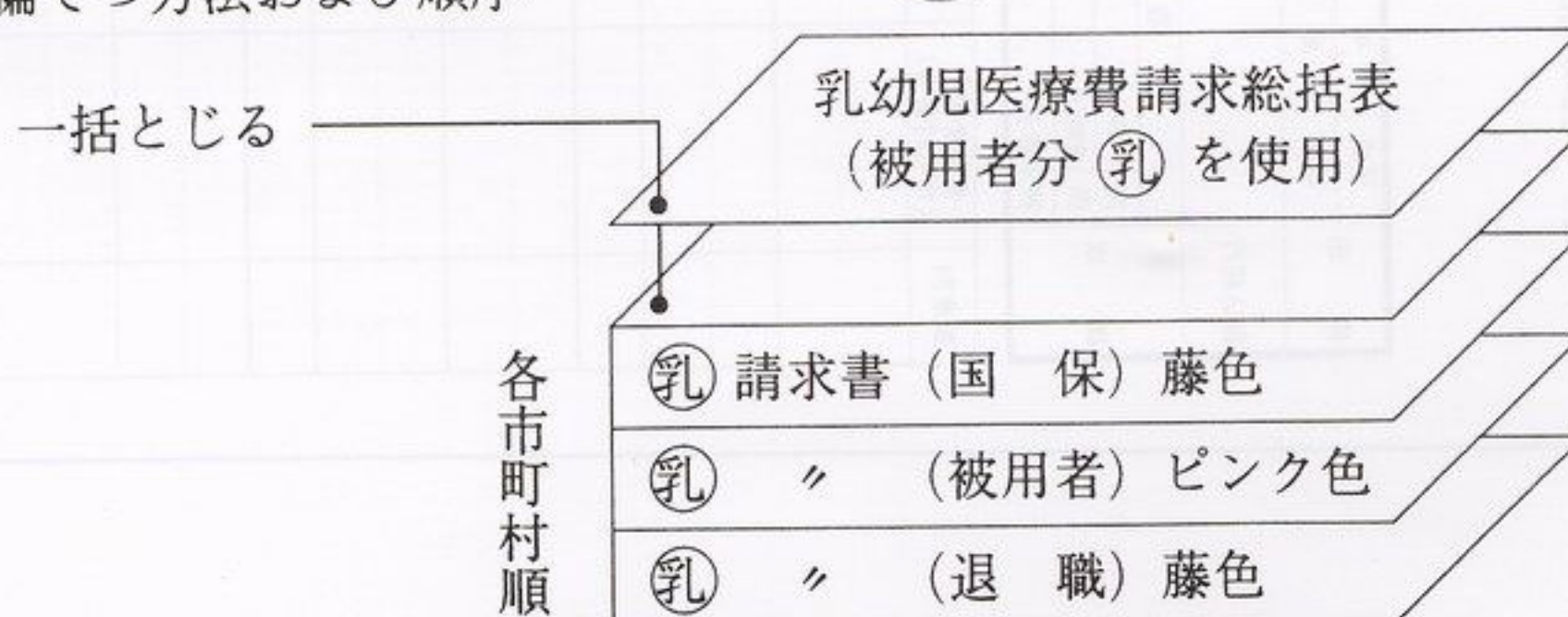
2. 請求書の取扱方法等

- (1) 請求書は「国保分（藤色）と被用者分（ピンク色）」の2種類となっており、請求用紙は実施市町村から受給対象者（4歳未満児）に交付されております。
- (2) 医療機関の記載は太文字、太わく内のみ所定の事項を記入して下さい。
- ① 太わく内の請求欄は国保分、被用者保険分のレセプトに記載したものと「同日数・同点数」を記入すること。（レセプトに一致する）
 - ② 保険負担割合が「8割」以外であるときは、負担割合を○で囲む。

3. 請求総括表

- (1) 医療機関の記載は、太わく内のみ所定の事項を記入して下さい。
- (2) 総括表用紙は「県健康増進課」から交付されている県単独事業分（様式第4号）を使用して下さい。

4. 請求書等の編てつ方法および順序



お知らせ

乳幼児医療費助成事業の対象年齢拡大実施について

徳島県国民健康保険団体連合会

現在、市町村単独事業で実施しております勝浦町の対象年齢が平成15年9月1日より3歳未満児から4歳未満児まで拡大されることになりました。

参考 現物給付の実施市町村及び請求方法

平成15年9月1日現在

名称	実施主体	対象（年齢）	請求方法		備考
			国保分	被用者分	
県単独事業	徳島県 (全市町村)	3歳未満（0歳～2歳）の入院・通院	レセプト併用 (公費45)	医療費請求書 (アイボリー色)	総括表に添えて一括綴じる。
	阿南市 石井町 神山町 羽ノ浦町 勝浦町	4歳未満（3歳）の入院 (拡大分)	医療費請求書 (藤色)	医療費請求書 (ピンク色)	4才以上6未満は償還払 総括表に添えて一括綴じる。
	徳島市 市場町 阿波町	6歳未満（3歳以上5歳）の入院 (拡大分)	医療費請求書 (藤色)	医療費請求書 (ピンク色)	総括表に添えて一括綴じる。
市町村単独事業	阿南市 石井町 神山町 羽ノ浦町 勝浦町	4歳未満（3歳）の通院	医療費請求書 (藤色)	医療費請求書 (ピンク色)	総括表に添えて一括綴じる。
	市場町 阿波町	6歳未満（3歳以上5歳）の通院	医療費請求書 (藤色)	医療費請求書 (ピンク色)	総括表に添えて一括綴じる。

この件についてのお問い合わせは、国保連合会審査課第2係（TEL. 088-666-0115）までお願いします。



乳幼児医療費請求書

(国保分)

平成 年 月 日

長 殿

負担者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

平成 年 月分

下記のとおり請求します。

点数表別	医	歯	調		
	1	3	4		
医療機関 コード					
所在地(〒)					
名 称					
開設者氏名					

受給者氏名			乳幼児医療費 受給者番号	
乳幼児氏名			被保険者証記号番号	
生年月日	平成	年 月 日		
有効期限	平成	年 月 日	保 險 者 名	
保 險 種 別	国 民 健 康 保 険			備 考
	一般被保険者	退 職 者		高額療養費区分
保険負担割合	9	8 7	8 7	高・長・非高
区 分	日数(回数)	点 数(金額)	他法負担点数	乳幼児医療費請求額
請 求	入 院	日	点	点 円
	入院外			
※ 決 定	入 院			
	入院外			

(注) 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入してください。
 診療を行った翌月10日までに国保連合会へご請求ください。



乳幼児医療費請求書

(被用者保険分)

平成 年 月 日

長 殿

負担者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

平成 年 月分

下記のとおり請求します。

点数表別	医	歯	調		
	1	3	4		
医療機関コード					
所在地(〒)					
名 称					
開設者氏名					

受給者氏名			乳幼児医療費受給者番号	
乳幼児氏名			被保険者証記号番号	
生年月日	平成	年 月 日		
有効期限	平成	年 月 日	保 險 者 名	
保 險 種 別	被 用 者 保 険			備 考
	政 ・ 共 ・ 船 ・ 共			高額療養費区分
保険負担割合	8	・ 7	・ その他 割	高 ・ 長 ・ 非高
区 分	日数(回数)	点 数(金額)	他法負担点数	乳幼児医療費請求額
請 求	入 院	日	点	円
	入院外			
※ 決 定	入 院			
	入院外			

(注) 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入してください。
 診療を行った翌月10日までに国保連合会へご請求ください。