

市内医療機関等代表者 各位

東かがわ市長 藤井秀城



東かがわ市母子家庭等医療費助成制度の現物給付等について(ご依頼)

初秋の候、貴職におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、福祉医療行政の推進につき、格段のご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年8月診療分から、福祉医療制度(母子家庭等医療費助成制度・重度心身障害者等医療費助成制度)の改正により、自己負担金の徴収についてご協力いただいておりますが、平成20年9月東かがわ市定例議会におきまして、自己負担額を半額とすることに変更となりました。

つきましては、ご多忙中恐縮とは存じますが、平成20年8月診療分から、母子家庭等医療費助成での本人負担額について下記のとおり負担限度額を半額といたしますのでよろしくお願い申し上げます。

なお、平成20年8月・9月診療分については、医療機関等から請求をいただいております医療費支給請求書に基づいて、市から患者本人へ直接、差額の自己負担金(500円から250円に変更した差額分)を返還いたします。

参考までに、東かがわ市母子家庭等医療助成と東かがわ市重度心身障害者等医療費助成の内容を別紙のとおりお知らせいたします。

記

○母子家庭等医療費助成について
1レセプト当たりの負担限度額

| 区 分 | | 入院の場合 | 入院外の場合 |
|-----|------------------|-------------------------|---|
| 区分A | 市・県民税非課税の世帯に属する方 | 償還払い | 従来どおり自己負担なし |
| 区分B | その他の方 | 償還払い (市において自己負担金を精算) | 自己負担金:250円 (医療費請求額が250円より少ない場合はその額) 【医療機関等の窓口において、本人より徴収ください】 |

平成20年10月診療分から、自己負担金は250円を上限として徴収していただけますようお願い申し上げます。

お問い合わせ先

〒769-2692 東かがわ市三本松1172番地
東かがわ市市民部保健課
福祉医療費担当 安本
電話 0879-26-1229 FAX 0879-26-1339

東かがわ市母子家庭等医療費支給請求書作成に係る説明事項

1. 請求について

①請求の期限を毎月10日(休日の場合は翌日)とし、支払日は、その月の28日払い(28日が休日の場合は直後の営業日)となります。

(例)平成20年8月診療分は、平成20年9月10日が請求期限 → 支払日 平成20年9月29日

②医療費支給請求書の診療月以外の診療月分は内訳書を分けて、請求額は合算とする。

(診療月以外の診療分については、同月の内訳書の診療月欄に診療月を記入しても可。)

2. 医療費支給請求書の記載について

①請求点数等を確認することがありますので、担当者名を必ず記載してください。

②受診の際は、必ず受給資格証を提示してもらってください。

③区分については、受給資格証で確認してください。(別図のとおり、区分欄にAかBを記載しています。)

区分Bについては、250円を本人から徴収してください。(医療費請求額が250円より少ない場合は、その額。)例えば、1ヶ月に3回の外来受診をし、毎回の医療費請求額が150円だった場合は、1回目に150円、2回目に100円を医療機関の窓口で徴収していただき、残りの200円を市へ請求してください。)

尚、市への請求金額と徴収した額を医療費支給請求書の内訳書の請求額本人負担金額欄に2段書きしてください。(下記記入例参照)

記入例

| 内訳書 | | No. | 診療月 | | 請求額本人負担金 | | |
|---------|---|--------------------------------|----------|--------|----------------------|---------|--|
| | | | | | 上段 | 下段 | |
| 区分がBの場合 | | | | | | | |
| 1 | 8 | 総点数 1,000点、患者一部負担金 3,000円の場合 → | 上段 2,750 | 下段 250 | 市への請求金額 | | |
| 2 | 9 | 総点数 83点、患者一部負担金 250円の場合 → | 上段 0 | 下段 250 | 医療機関窓口での徴収金額(自己負担金額) | | |
| 10 | 9 | 総点数 1,200点、患者一部負担金 3,600円の場合 → | 上段 3,600 | 下段 0 | 市への請求金額 | 自己負担はなし | |
| 区分がAの場合 | | | | | | | |

④保険種別は、国保は国、その他は社に○印を付けてください。

3. その他

医療費支給請求書については、医療機関で独自の様式がある場合は、次の9項目について記入が可能であれば利用は可能です。

- ①診療月 ②受給者番号 ③氏名 ④生年月日 ⑤保険種類 ⑥保険負担割合 ⑦総点数
⑧他法負担点数 ⑨請求額本人負担金(市への請求額と自己負担額が記入できること)

お問い合わせ先

〒769-2692 東かがわ市三本松1172番地
東かがわ市市民部保健課
福祉医療費担当 安本
電話 0879-26-1229 FAX 0879-26-1339