

平成17年9月1日

各保険医療機関  
各保険薬局  
各訪問看護ステーション 様

高知県国民健康保険団体連合会

乳幼児医療費助成制度等の改正における請求取扱いについて（お知らせ）

平素は、本会の審査支払業務につきまして格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
さて、県及び市町村が行っている乳幼児医療費及び母子家庭医療費の助成制度が平成17年10月1日から改正されることに伴って、請求取扱いにおいて下記の点に御留意願います。

記

1 制度改正の内容

乳幼児医療・・・①食事標準負担額の現物給付助成廃止 ②法別72の1割助成  
(法別番号の変更・・・45・48⇒72・73・74・75)  
母子家庭医療・・・①食事標準負担額の現物給付助成廃止  
(法別番号の変更なし 43)

なお、別紙1・2の「改正内容」資料参照

2 併用レセプトの請求事例

別紙3～6資料参照

3 福祉医療費請求書の請求事例

別紙7～9資料参照

\* 総括表の請求書への記載方法は、法別(43・46・47・72・73・74・75)毎に行を変更して集計記入願います。

4 社保福祉医療費請求書の統一用紙

\* 別添(72～75の用紙)参照

5 改正時期

平成17年10月1日から

\* 旧法別45・48については、平成17年10月診療分(月遅れ分除く)からはすべて返戻扱いにさせていただきます。



平成17年9月1日

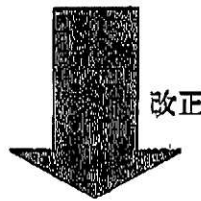
乳幼児医療費助成事業の制度改正内容

高知県国民健康保険団体連合会

【現行】

制度	対象年齢	所得制限	給付内容	
			療養の給付	食事標準負担
乳児医療(県単) 45	1歳未満	なし	入院・外来の保険一部負担金	課税世帯の半額の標準負担額及び非課税世帯の減額標準負担額
幼児医療(県単) 45	義務教育就学前まで	なし	入院の保険一部負担金	

幼児通院医療48(市町村単)・・・各市町村で年齢制限あり



【改正】

制度	対象年齢	所得制限	給付内容
幼児医療(県単) 72	1歳～義務教育就学前まで	課税世帯で「児童手当支給要件を満たす世帯」	入院・外来の保険医療費の1割
乳幼児医療(県単) 73	義務教育就学前まで	1歳未満の場合…なし 1歳～義務教育就学前までの場合…非課税世帯	保険の一部負担金(自己負担全額)
幼児医療(県単72及び市町村継ぎ足し) 74	1歳～義務教育就学前まで	課税世帯で「児童手当支給要件を満たす世帯」	保険の一部負担金(自己負担全額)
幼児医療(市町村単) 75	1歳～義務教育就学前まで	課税世帯	保険の一部負担金(自己負担全額)

各市町村で年齢制限あり

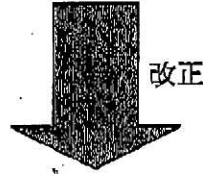
\*実施日 平成17年10月1日

母子家庭医療費助成事業の制度改正内容

高知県国民健康保険団体連合会

【現行】

制度	対象年齢	所得制限	給付内容	
			療養の給付	食事標準負担
母子家庭医療 (県単) 43	母子家庭の母と児童 (準母子家庭・父母 のない児童) *児童は、18歳に 達する年度末まで	所得 税 課 税 世 帯 除 く	入院・外来の保険 一部負担金	入院時食事標準負 担額



【改正】

制度	対象年齢	所得制限	給付内容	
			療養の給付	食事標準負担
母子家庭医療 (県単) 43	母子家庭の母と児童 (準母子家庭・父母 のない児童) *児童は、18歳に 達する年度末まで	所得 税 課 税 世 帯 除 く	入院・外来の保険 一部負担金	現物給付助成廃止

\*実施日 平成17年10月1日

別紙3

平成17年 10月診療分

1 医科	① 国	3 老人	1 単独	1 本入	7 高入
	2 公費	4 退職	2 2併	3 三入	
			3 3併	5 家入	9 高入

72390016

390013

.10

10,000				食事療養	10	21,000		7,800
					0	0		0

レセプト支払計算

窓口負担額

療養の給付		費用額	負担者負担額	患者負担額	長期高額療養費	他公費負担点数	患者負担額	他公費負担額
保険		100,000	70,000	20,000				
公費①		100,000	10,000	20,000				
公費②								

食事療養費		
	基準額	患者負担額
保険	21,000	7,800
公費①	0	0
公費②		

別紙4

平成17年 10月診療分

1 医科	① 国	3 老人	1 単独	1 本入	7 高入9
	2 公費	4 退職	2 2併	3 三入	8 高入8
			3 3併	5 家入	

73390015

390013

31

153,562				食事療養	31	65,100		24,180
					0	0		0



レセプト支払計算

療養の給付						
	費用額	負担者負担額	患者負担額	高額療養費	他公費負担点数	患者負担額(他公費負担分)
保険	1,535,620	1,228,496	0	221,878		
公費①	1,535,620	85,246	0	221,878		
公費②						

食事療養費		
	基準額	患者負担額
保険	65,100	24,180
公費①	0	0
公費②		

別紙5

平成17年 10月診療分

1 医科	① 国	3 老人	1 単独	② 本外	8 高外9
	2 公費	4 退職	2 2併	4 三外	
			③ 3併	6 家外	0 高外8

① 10391019		390013
② 74390014		
		10
		6
		4
10,000		
550		
9,450		

レセプト支払計算

	療養の給付			高額療養費	他公費負担点数	患者負担額(他公費負担分)	
	費用額	負担者負担額	患者負担額			患者負担額	他公費負担分
保険	100,000	70,000	0				
公費①	5,500	1,375	0		550		275
公費②	94,500	28,625	0				

結核10の5%患者負担額(275円)も法別74が負担する。

別紙6

平成17年 10月診療分

1 国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外B
2 公費	4 退職	2 2併	4 三外	
		③ 3併	④ 家外	⑤ 高外B

① 51396018		390013
② 75390013		
		10
		6
		4
20,000		
1,500		
18,500		



レセプト支払計算

	療養の給付		高額療養費	他公費負担点数	患者負担額(他公費負担額)
	費用額	負担者負担額			
保険	200,000	140,000	0		
公費①	15,000	4,500	0		
公費②	185,000	55,500	0		

福

## 県単の幼児福祉医療費請求書(1割助成)

高知市長様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 17年 10月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	7	2	3	9	0	0	1	6	給付割合	保険者番号											7	4	0	1
受給者番号	0	0	1	2	3	4	5	7	被保険者証記号番号	高あ120														

受給者氏名	フリガナ	ヨクホ ハナコ															男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	国保 花子																

区分	入外	実日数 (処方回数)	点数				金額	備考		
			福祉医療請求額							
入院	1		1	0	0	0	0	点	円	
入院外	2							点	円	

医療機関への支払は、1割助成の10,000円となります。給付割合欄の7割は保険の給付割合です。

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

## 【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

## 【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費72(1割助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。



福

県単の乳児及び幼児福祉医療費請求書(全額助成)

高知市長様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 17年 10月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	7	3	3	9	0	0	1	5	給付割合	保険者番号					7	4	0	1
受給者番号	0	0	0	1	2	3	4		8	被保険者証記号番号	高あ120							

フリガナ	コクホ タロウ	
受給者氏名	国保 太郎	男・女

区分	入外	実日数 (処方回数)	点数 福祉医療請求額	金額	備考
入院	1			円	3歳未満の場合は、給付割合8割ですので備考欄に記載をお願いします。  3歳未満
入院外	2	5	2000	円	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

医療機関への支払は、給付割合欄8割のため2割分の4,000円となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお問い合わせ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費73(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願います。

福

# 母子福祉医療費請求書

高知市長様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 17年 10月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	4	3	3	9	0	0	1	2	給付割合	保険者番号										
受給者番号	0	0	0	1	2	3	4	7	被保険者証記号番号	高あ121										

受給者氏名	フリガナ	ヨクホ ジロウ	男・女
	国保 次郎		

区分	入外	実日数 (処方回数)	点数 食事:福祉医療請求額	点	数	円	考
入院	1	20	50000	0	0	0	<p>医療機関への支払は、給付割合欄7割のため3割の150,000円となる。</p> <p>※平成17年10月診療分から食事標準負担額の現物給付助成は廃止されました。</p>
食事							
入院外	2						

食事標準負担額の現物給付が廃止されたので記載不要

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費43(母子)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。

乳幼児及び母子家庭医療費の  
社保福祉医療費請求書の統一用紙

平成17年10月改正による

高知県国民健康保険団体連合会



## 県単の幼児福祉医療費請求書(1割助成)

長 様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	7	2							給付割合	保険者番号					
受給者番号										被保険者証記号番号					

受給者氏名	フリガナ	
		男・女

区分	入外	実日数 (処方回数)	点 数				金 額				備 考
			福祉医療請求額								
入院	1									円	
入院外	2									円	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費72(1割助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。

福

県単の乳児及び幼児福祉医療費請求書(全額助成)

長 様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	7	3							給付割合	保険者番号						
受給者番号										被保険者証記号番号						

受給者氏名	フリガナ	
		男・女

区分	入外	実日数 (処方回数)	点数 福祉医療請求額	金額	備考
入院	1		点	円	
入院外	2		点	円	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費73(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。



県及び市町村単の幼児福祉医療費請求書(全額助成)

長 様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	7	4							給付割合	保険者番号						
受給者番号										被保険者証記号番号						

受給者氏名	フリガナ	
		男・女

区分	入外	突日数 (処方回数)	点 数 福祉医療請求額	金 額	備 考
入院	1				
入院外	2				

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費74(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。



## 市町村単の幼児福祉医療費請求書(全額助成)

長 様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	7	5								給付割合	保険者番号						
受給者番号											被保険者証記号番号						

受給者氏名	フリガナ	
		男・女

区分	入外	実日数 (処方回数)			点 数 福祉医療請求額			金 額			備 考
入院	1									円	
入院外	2									円	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

**【受給者の取扱】**

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

**【医療機関等にお願ひ】**

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費75(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。

福

# 母子福祉医療費請求書

長 様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

平成 17年 10月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	4	3								給付割合	保険者番号						
受給者番号											被保険者証記号番号						

受給者氏名	フリガナ		男・女

区分	入外	実日数 (処方回数)	点 数				金 額				備 考
			食事:福祉医療請求額								
入院	1										※平成17年10月診療分から食事標準負担額の現物給付助成は廃止されました。
食事											
入院外	2										

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費43(母子)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。