

(公印省略)
保年第793-7号
平成22年9月2日

医療機関各位

福岡市長 吉田 宏
(保健福祉局総務部保険年金課)

乳幼児医療費助成制度等の改正について

平素より本市医療費助成事業の運営について格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
本市では、乳幼児の保健の向上及び健やかな育成を目的として、小学校就学前（6歳の誕生日前日以降の最初の3月31日まで）の乳幼児に対し、保険診療にかかる医療費の自己負担分相当額を助成する乳幼児医療費助成制度を実施しております。

このたび、乳幼児医療費助成制度は、平成23年1月1日より、名称を「子ども医療費助成制度」に変更し、新たに小学校1年生から小学校6年生までの入院医療費を助成の対象に追加することとなりました。

つきましては、改正内容及び改正に伴う取扱いについて別添のとおりお知らせいたします。
今後とも本事業の円滑な実施にご理解とご協力をいただきますようお願いいたします。

記

1 改正内容

別添資料「乳幼児医療費助成制度等の改正について」のとおり

2 改正時期

平成23年1月1日

※ 改正内容や医療証の更新については、福岡市保険年金課HPに随時掲載します。

みんなの保険年金課 <http://www.city.fukuoka.lg.jp/kokuhou/>

保健福祉局総務部保険年金課給付係
乳幼児・子ども医療担当：福島
TEL：711-4235（内2223）
FAX：733-5441
E-mail：hokennenkin.PHWB@city.fukuoka.lg.jp

福岡市における医療助成制度等の改正について

1 改正の概要

区分		現行制度 (平成22年12月末まで)	改正後 (平成23年1月1日から)
乳幼児	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ○小学校就学前児童 ※生活保護法による保護を受けてい る者は対象外 	<ul style="list-style-type: none"> ○小学校就学前児童 ※生活保護法による保護を受けている 者は対象外 <p>●小学校1年生～小学校6年生 (以下、「小学生」といいます。)</p> <p>※ひとり親家庭等又は重度障がい者医 療を受けることができる者は対象外</p>
	所得制限	○なし	○なし
	自己負担	○なし	<ul style="list-style-type: none"> ○なし ※小学生は入院医療費のみ助成する
ひとり親家庭等	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ○母子家庭の母及び児童 ○父子家庭の父及び児童 ○父母のない児童 ○一人暮らしの寡婦(経過措置中) ※乳幼児医療を受けることができる 者は対象外 	<ul style="list-style-type: none"> ○母子家庭の母及び児童 ○父子家庭の父及び児童 ○父母のない児童 ○一人暮らしの寡婦(経過措置中) ※小学校就学前の子ども医療を受ける ことができる者は対象外
	所得制限	○児童扶養手当一部支給準拠	○児童扶養手当一部支給準拠
	自己負担	<p>(1 医療機関につき)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通院 800円／月 ○入院 500円／日(月7日上限) 	<p>・ 1 医療機関につき(薬局除く)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通院 800円／月 ○入院 500円／日(月7日上限) <p>※小学生は入院医療費の自己負担なし</p>
重度障がい者	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ○身体障害者手帳1級または2級 ○療育手帳重度(A)判定 ○精神障害者保健福祉手帳1級 ※精神科病床への入院医療費を除く。 ※乳幼児医療を受けることができる 者は対象外 	<ul style="list-style-type: none"> ○身体障害者手帳1級または2級 ○療育手帳重度(A)判定 ○精神障害者保健福祉手帳1級 ※精神科病床への入院医療費を除く。 ※小学校就学前の子ども医療を受ける ことができる者は対象外
	所得制限	○特別障害者手当準拠(本人、配偶者)	○特別障害者手当準拠(本人、配偶者)
	自己負担	○なし	○なし

2 子ども医療費助成制度（現：乳幼児医療費助成制度）

(1) 対象者について

市内に居住し、健康保険に加入する0歳～小学校6年生までの児童
※生活保護を受けている場合は対象外

※小学校就学後で重度障がい者医療またはひとり親家庭等医療の対象となる場合は、小学校就学後は重度障がい者医療またはひとり親家庭等医療を適用

(2) 医療証について

入院外と入院の有効期限が異なるため、医療証の様式及び色を変更します。（下記参照）

改正後の医療証は平成22年10月1日以降に交付されるものから適用します。

平成22年9月30日までに交付済みの医療証（就学前の乳幼児医療証）については、平成22年12月中旬に一斉に差し替えを行います。（受給者番号に変更はありません）

また、新たに対象者となる小学生については平成22年10月上旬に申請書を送付し、申請書提出者に平成22年12月中旬に医療証を送付します。

なお、小学校就学後に重度障がい者医療またはひとり親家庭等医療に該当する場合は入院の有効期限が小学校就学前の医療証を交付します。受診の際は有効期間や受給者番号の再確認をお願いします。

①医療証の様式

ア、「・福岡市乳幼児医療医療証」から「・福岡市子ども医療医療証」に変更
イ、「有効期間」の欄に「入院外」と「入院」の終期を追加

②医療証の色

レモン・ピンク色からさくら色に変更

改正前医療証

乳		福岡市乳幼児医療 医 療 証					
有効期間		年 月 年 月			日から 日まで		
負担者番号		8	1	4	0	5	0
受給者番号							
受 給 者	住 所						
	姓 名						
生年月日	年 月 日			男・女			
一 部 自 己 負 担 金							
発行機関名 及 び 印	福岡県 福岡市 区長			福岡市 区長印			
交付年月日	年 月 日						

ア 改正後医療証

子		福岡市子ども医療 医 療 証								
有効期間		入院外 入院			年 月 年 月			日から 日まで 日まで		
負担者番号		8	1	4	0	5	0			
受給者番号										
受 給 者	住 所									
	姓 名									
生年月日	年 月 日			男・女						
一 部 自 己 負 担 金										
発行機関名 及 び 印	福岡県 福岡市 区長			福岡市 区長印						
交付年月日	年 月 日									

3 ひとり親家庭等医療費助成制度

(1) 対象者の優先順位について

ひとり親家庭等医療を受けられる対象者が小学校就学前児童の場合は子ども医療費助成制度を優先し、小学生はひとり親家庭等医療費助成制度を優先して適用します。

(2) 自己負担額について

子ども医療費助成制度にて小学生の入院医療費を全額助成することから、平成23年1月1日以降は、ひとり親家庭等医療受給者でも小学生の入院医療費は自己負担なし（全額助成）となります。

ひとり親家庭等医療受給者で小学生の場合は、ひとり親家庭等医療証（下記参照）の一部自己負担金欄の「入院」に＊（アスタリスク）を印字していますのでご注意ください。（医療証の裏面もご参照ください。）

●ひとり親家庭等医療証（表面）

親		福岡市ひとり親家庭等医療 医療証					
有効期間		平成 年 月 日から	年 月 日まで				
負担者番号		9	0	4	0	5	0
受給者番号							
受 給 者	住 所	小学生は ＊（アスタリスク）を印字					
	氏 名						
	生年月日						
一部自己 負担金	入院外	1月当たり800円を限度					
	入 院	1月当たり600円（月7回限度）					
交付機関名 及び印	福岡県 福岡市	区長	福岡市 長及印				
交付年月日	平 年 月 日						

●ひとり親家庭等医療証（裏面）

注意事項	
1. この証は、福岡市の条例により医療費の助成を受けることができることを示す証です。大切に保持してください。	
2. 保険医療機関等において診療を受ける場合は、健康保険証と一緒に、この証を必ず窗口に提出してください。	
3. 受給者の資格がなくなったときや有効期間が経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに医療に返却してください。	
4. 氏名・住所に変更があったときは、この証を添えて速やかに医療にその行を届け出してください。	
5. 加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに医療にその旨を届け出してください。	
6. 入院時食事療養及び入院時生活療養相当額や、個別代、健診診断、薬剤の特殊な材料、歯科費2000円以上の病院における初診時特定就業費などの、健康保険がきかない費用は、助成の対象となりません。	
7. 他の公費負担医療の適用がある場合は、当該公費負担医療を適用したうえで、なお残る自己負担相当額を助成します。	
＊ 医療機関のみなさまへ 平成23年1月から、小学生（12歳の誕生日の前日以後、最初の3月31日まで）の入院医療費については、市が自己負担相当額を全額助成します。 (一部自己負担金は徴収しないでください。)	
お問い合わせは、届け出は 住所地の区役所（出張所）保険年金担当課へ	

裏面には注意事項
を記載しています。

4 重度障がい者医療費助成制度

(1) 対象者の優先順位について

重度障がい者医療を受けられる対象者が小学校就学前児童の場合は子ども医療費助成制度を優先し、小学生は重度障がい者医療費助成制度を優先して適用します。

(2) 自己負担額について

重度障がい者医療費助成制度は入院・通院ともに自己負担なし（全額助成）のため、子ども医療費助成制度の改正に伴う自己負担額の改正はありません。

5 請求様式の一部変更

医療費請求書及び診療報酬明細書中、「乳障親」の表記が「子障親」に変更となり、「乳幼児」が「子ども」に変わります。ただし、改正後も「乳障親（乳障母）」表記の様式を使用して差し支えありません。

【参考】乳障親医療費請求書の場合

年 月分		(子障親) 医 療 費 請 求 書							
		4 0						医 療 機 関	
下記のとおり請求する。 医 療 機 関 等 の 所 在 地 及 び 名 称									
年 月 日 、 申 請 者 氏 名									
㊞									
⑤ 子 ど も	割	保険給付 割合別	件数	診療 実日数	総点数	子障親 医療費給付外の額	一部負担金	備考	
		請 求							
		※決 定							
⑥ 障 が い 者	割	請 求							
		※決 定							
⑨ ひ と り 親	割	請 求							
		※決 定							
	割	請 求							
		※決 定							
	割	請 求							
		※決 定							
	割	請 求							
		※決 定							