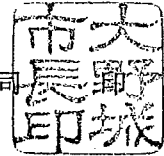


30 大野保第 339 号の 1  
平成 30 年 5 月 24 日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部  
支部長 本田 明 殿

大野城市長 井 本 宗 司



大野城市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます

日頃から大野城市で行っております公費医療費支給制度に対しましては、格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市で実施しております公費医療費支給制度に係る審査支払事務につきましては、現在のところ福岡県国民健康保険団体連合会へ委託しておりますが、関係機関からの要望や事務の簡素化の観点から、被用者保険加入者にかかる大野城市公費医療助成制度の審査支払事務を貴基金福岡支部へ下記のとおり委託することといたしましたので、よろしくお取り計らいいただきますようお願いいたします。

また、国民健康保険、国民健康保険組合、後期高齢者医療加入者にかかる大野城市公費医療助成制度の審査支払事務につきましては、引き続き福岡県国民健康保険団体連合会へ委託することとなります。

記

1 実施時期 平成 30 年 10 月診療分から  
(月遅れ分を含めた請求については、平成 31 年 4 月提出分から支払基金福岡支部へ提出)

2 委託する公費医療費助成制度

法別番号	制度名称
80	重度障害者医療
81	子ども医療
90	ひとり親家庭等医療

※概要は別紙のとおり

問合せ先 大野城市 国保年金課  
TEL 092-580-1847 (直通)



医療費助成制度の概要

市町村名	制度名称	法別番号	対象者	自己負担		食事療養費	対象医療機関等	受託年月
				入院	入院外			
大野城市	子ども医療費支給制度	81	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大野城市に住所があり、健康保険に加入している中学3年生までの子ども</li> <li>※重度障害者医療を受給している人、ひとり親家庭等医療を受給している人、生活保護法による保護を受けている人は対象外</li> <li>※中学生で重度障害者医療を受給している人は、子ども医療と併給可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3歳未満 → 無料</li> <li>・3歳から中学3年生まで → 500円/日(月7日限度)</li> <li>※1医療機関あたり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3歳未満 → 無料</li> <li>・3歳から就学前まで → 600円/月(上限)</li> <li>・小学生 → 1,200円/月(上限)</li> <li>※1医療機関あたり</li> <li>※薬局での自己負担なし</li> </ul>	対象外	県内の保険医療機関等	平成30年10月診療分
	重度障害者医療費支給制度	80	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳1、2級の人</li> <li>・療育手帳がAの人</li> <li>・身体障害者手帳3級かつIQ36～50以下(療育手帳B1)の人</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳1級の人</li> <li>※所得制限あり</li> <li>※生活保護を受けている人は対象外</li> <li>※65～74歳は後期高齢者医療制度の加入が必要</li> <li>※精神病棟への入院は対象外(中学生以上)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・500円/日(上限)(低所得の場合は、300円/日)</li> <li>・小学生まで → 月7日限度</li> <li>・中学生以上 → 月20日限度</li> <li>※1医療機関あたり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>500円/月(上限)</li> <li>※1医療機関あたり</li> <li>※薬局での自己負担なし</li> </ul>			
	ひとり親家庭等医療費支給制度	90	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母子家庭(母・児童)</li> <li>・父子家庭(父・児童)</li> <li>・父母のない児童</li> <li>※所得制限あり</li> <li>※児童は小学校就学後から18歳の年度末まで</li> <li>※生活保護法による保護を受けている人は対象外</li> <li>※配偶者が障がいにより長期にわたり労働力を失っている場合もひとり親家庭とみなす</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>500円/日(月7日限度)</li> <li>※1医療機関あたり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>800円/月(上限)</li> <li>※1医療機関あたり</li> <li>※薬局での自己負担なし</li> </ul>			

※ 自己負担金……保険医療機関ごと 調剤は自己負担なし

制度名称	実施機関番号	対象者数
子ども医療費支給制度	81400202	
重度障害者医療費支給制度	80400203	
ひとり親家庭等医療費支給制度	90400201	