

供	会 長	副会長	理 事	事務長	係
覧				竹本	



中地第5288号  
平成31年1月9日

豊前薬上医師会 御中

中津市長 奥塚 正典



中津市子ども医療費助成事業の制度変更に伴うご協力について（依頼）

寒冷の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

本市における子ども医療費助成事業につきまして、平素よりご理解ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、本市では子ども医療費助成事業制度を設けておりますが、2019年7月1日より、中津市内に住所を有する小中学生の通院に係る医療費につきまして現物給付を予定しています。

公費負担者番号、未就学児の入通院、小中学生の入院分につきましては、これまでと変更ありません。

つきましては、別紙に制度の変更内容をまとめましたので、ご確認のほどよろしくお願ひします。

中津市役所 地域医療対策課

担当：芦田・藤原

TEL：0979-22-1111（682）

別紙

## 子ども医療費助成事業の助成拡大について

平成31年(2019年)7月1日診療分から小中学生の通院分を拡大します。  
 (上記より前の診療日のものは、助成拡大前の範囲で助成します。)

助成拡大前		通院	入院	県内・豊前市・ 吉富町・上毛 町・築上町	県外(左記 の福岡県一 部を除く)
未就学児	助成の有無	○	○	現物給付	償還払い
	自己負担金	無	無		
小・中学生	助成の有無	×	○	現物給付	償還払い
	自己負担金	—	無		

助成拡大後		通院	入院	県内・豊前市・ 吉富町・上毛 町・築上町	県外(左記 の福岡県一 部を除く)
未就学児	助成の有無	○	○	現物給付	償還払い
	自己負担金	無	無		
小・中学生	助成の有無	○	○	現物給付	償還払い
	自己負担金	有 ひと月1医療機関 1回500円月4日まで ※調剤分は自己負担無	無		

## ○助成内容

・小中学生の通院に関しては、保険医療機関などで助成を受けたときは、通院1回につき500円/月4日まで(500円に満たないときはその金額)の自己負担金が発生します。(調剤は自己負担金なし)

## ○対象者

- ・中津市に住所のある中学生まで(15歳に到達する日以後の最初の3月31日まで)
- ・健康保険に加入している方

## ○助成の対象にならないもの

- ・健康診断、乳幼児健診、交通事故でのケガ、診断書などの文書料など保険適用外のもの
- ・学校管理下でのケガなど(日本スポーツ振興センターからの災害共済給付制度をご利用ください。)
- ・生活保護受給者

## ○子ども医療費と他の医療費助成との関係について

(ひとり親家庭医療、重度心身障害者医療、学校管理下でのケガ等)

## 《ひとり親家庭医療の場合》

区分	ひとり親家庭医療	子ども医療
未就学児と小中学生の 入院・通院	優先	×

原則として、ひとり親家庭医療が優先となりますので、子ども医療対象者がひとり親家庭医療対象者になったら、子ども医療費受給資格者証は回収します。

とくに小中学生の「通院」医療費助成について、子ども医療では自己負担金が発生しますが、ひとり親家庭医療では発生しないという違いがあります。

## 《重度心身障害者医療の場合》

区分	重度心身障害者医療	子ども医療
未就学児と小中学生の入院	×	優先
小中学生の通院	優先	×

大分県と福岡県の一部（豊前市、吉富町、上毛町、築上町）の医療機関等に受診した場合、子ども医療では窓口支払いは不要ですが、重度心身障害者医療では窓口支払いが必要だという違いがあります。

とくに小中学生の「通院」医療費助成について、子ども医療では自己負担金が発生しますが、重度心身障害者医療では発生しないという違いがあります。

ただし、ひと月1医療機関 1,000 円未満（調剤があれば合算対象）の場合は重度心身障害者医療の助成対象外のため、子ども医療の対象となります。

## 《学校管理下でのケガ等（日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象）》

区分	日本スポーツ振興センターの災害共済給付	子ども医療
未就学児と小中学生の 入院・通院	適用	×

学校管理下でのケガ等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付が適用されるものについては子ども医療費助成事業の助成の対象となりません。

窓口支払いが必要となりますが、小中学生の「通院」医療費助成について、子ども医療では自己負担金が発生しますが、日本スポーツ振興センターの災害共済給付では発生しないことと、後日医療費とお見舞金、入院時の食事療養費（該当があるときのみ）が日本スポーツ振興センターから支払われるという違いがあります。

なお、学校教育課より各学校へ通知を行う予定です。

## 子ども医療費助成事業取扱要領

2018.12.18

## 1、中津市の助成状況

	大分県	中津市
対象者	0歳～6歳の子ども：6歳に達する日以降の最初の3月31日まで（以降未就学児という。） 6歳～15歳の子ども：6歳に達する日以降の最初の4月1日～15歳に達する日以降の最初の3月31日まで（以降小中学生という。）	
所得制限	なし	
助成対象	【未就学児】 入院、通院、歯科、調剤 【小中学生】 入院	【未就学児】 入院、通院、歯科、調剤 【小中学生】 入院、通院※、歯科※、調剤※
本人一部自己負担金	入院：500円/日（月14日まで、医療機関毎） 通院：500円/日（月4日まで、医療機関毎） ◎500円に満たない場合は、その金額 調剤：無料	【未就学児】：無料 【小中学生】入院：無料 通院：500円/日（月4日まで、医療機関毎） ◎500円に満たない場合は、その金額 調剤：無料

※平成31年（2019年）7月診療分から小・中学生の通院、歯科、調剤を助成開始。

## 2、保険医療機関等窓口での取り扱い

## ① 健康保険証及び子ども医療費受給資格者証の確認を行う。

子ども医療費助成事業では、対象者本人が健康保険に加入していることを必須とする。

子ども医療費受給資格者の確認のみでは助成できない。

健康保険証及び子ども医療費受給資格者証の確認ができない場合は、医療費を保護者が支払い、保険医療機関等の領収書により、後日、市役所へ保護者が医療費の請求を行う。

## ② 保険医療機関等が保護者へ本人一部自己負担金の請求を行う。

## 【未就学児】

○通院・入院・歯科・調剤：無料

## 【小中学生】

○入院、調剤：無料

○通院（医科・歯科）：500円/日（月4日まで）を請求する。

※500円に満たない場合は、その金額

- ③ 保険医療機関等が中津市へ医療費の請求を行う。  
 保険医療機関等は、中津市子ども医療費の助成に関する条例（以下条例という。）第4条に基づき、本人一部自己負担金を除いた医療費を請求する。  
 なお、高額医療に該当する医療費が発生し限度額適用認定証の確認ができた場合は、限度額までを中津市に請求し、限度額を超えた金額は保険医療機関等が保険者へ請求する。  
 限度額適用認定証が確認できなかった場合は、医療費を中津市へ請求する。  
 ※後日、保険者の審査等により診療報酬に返還金が生じた場合は、中津市子ども医療費助成事業に関しても返還をすることとする。

### 3、他公費負担医療について

#### ○ひとり親医療費助成

ひとり親医療費助成の医療証を提示した際は、ひとり親医療費助成を優先とする。ひとり親医療費助成は、大分県以外では償還払いとなるため医療費を保護者が支払う。

#### ○重度心身障害者医療費助成

【未就学児】：通院・入院・歯科・調剤は、子ども医療費助成事業を優先とする。

【小中学生】：入院は、子ども医療費助成事業を優先とする。

【小中学生】：通院・歯科・調剤は、重度心身障害者医療費助成を優先とする。

ただし、ひと月1医療機関1,000円未満の医療費については子ども医療費助成事業を優先する。（調剤が発生した際は合算とする）

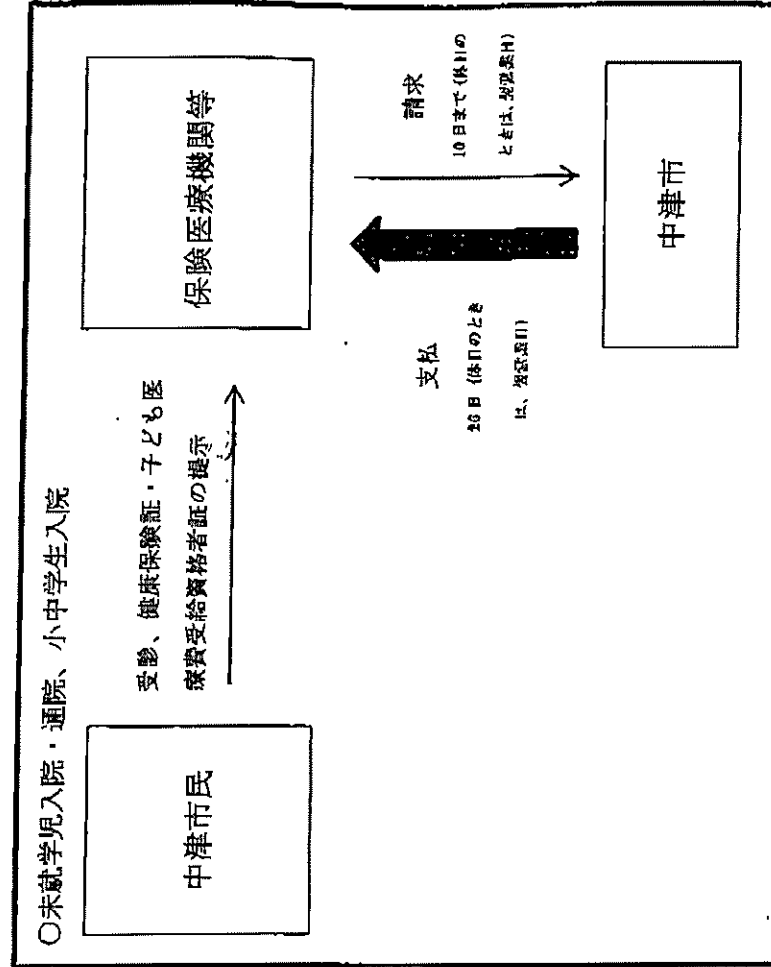
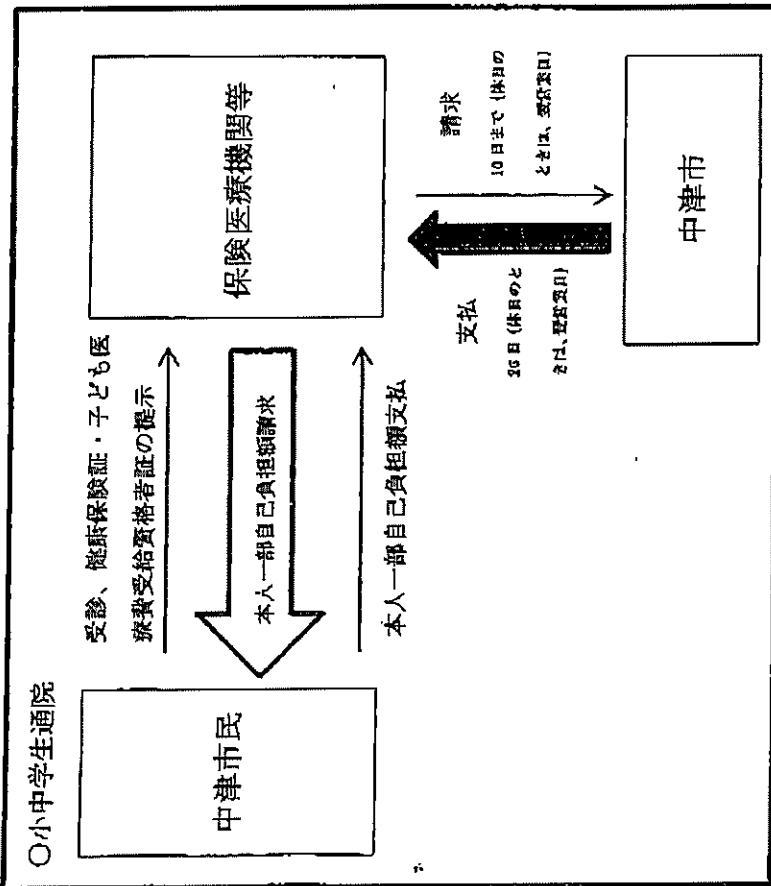
#### ○学校でのけが

学校等でのけがで日本スポーツ振興センターの災害共済給付が適用される際は、子ども医療費助成事業の助成対象外とする。保護者が医療費を支払い日本スポーツ振興センターの災害共済給付を利用する。

### 4、請求方法

- ① 保険医療機関等は、子ども医療費請求書（別紙①）にレセプトの写しを添付して請求を行う。  
 中津市は、支払いに必要な以下の点を確認し、診療の明細については確認しないこととする。  
 ○対象者氏名、対象者生年月日、保険医療機関等名称、保険医療機関コード、診療年月日、診療実日数、療養給付保険請求点数、中津市子ども医療費助成事業請求金額、本人一部自己負担額、保険者記号・番号、入外区分
- ② 保険医療機関等は、月毎に請求金額を合計し、翌月10日までに、中津市子ども医療費助成事業担当課まで提出するものとする。  
 10日が土曜日・日曜日・祝日の場合は、翌営業日までに提出すること。
- ③ 中津市の支払いは、請求月の26日に指定の振込口座へ支払う。  
 26日が土曜日・日曜日・祝日の場合は、翌営業日に支払う。  
 指定の振込口座は、事前に「子ども医療費振込口座登録（新規・変更）申請書」（別紙②）にて申請を受け付けた口座とする。  
 振込口座を変更する場合は、請求日までに「子ども医療費振込口座登録（新規・変更）申請書」にて変更の届出を行うこと。

(支払いルート)



別紙 ①

様式1

### 子ども医療費請求書

年 月 日

中津市長 あて

保険医療機関等の所在地  
名称  
代表者名  
電話番号

印

請求額

円

診療月  
診療数

年 月分  
人分

別紙②

子ども医療費振込口座登録（新規・変更）申請書

年 月 日

中津市長 あて

保険医療機関等の所在地

名称

機関コード

代表者名

電話番号

印

子ども医療費を、下記口座に振り込むように届出します。

金融機関名							
支店名							本・支店
預金種目	1、普通			2、当座			
口座番号							
(フリガナ)							
口座名義							

市役所記入欄

受付確認欄	処理欄	
	新規	
	変更	