



2宮市第1178号
令和2年9月28日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部
支部長 有村 保宏 殿

宮若市長 有 吉 哲



宮若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

日頃から本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本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本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 令和3年1月診療分から
(月遅れ分を含めた請求については、令和3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 宮若市役所 市民課 国保年金係
TEL 0949-32-4004 (内線 253)



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			
宮若市	子ども医療費支給制度	81	入院:就学前まで(6歳の誕生日前日以後の最初の3月31日まで) ※小学1年生～中学3年生までは償還払い 入院外:中学3年生まで(15歳の誕生日前日以後の最初の3月31日まで) (ただし、生活保護を受けている者は対象外) ※所得制限なし	就学前までの者 自己負担なし ※次は償還払い 小学1年生以上中学3年生まで 500円/日 (1医療機関あたり月7日まで)	就学前までの者 自己負担なし 小学1年生以上中学3年生まで 1,200円/月 (1医療機関あたり) *薬局での自己負担なし			
	重度障害者医療費支給制度	80	小学校就学後の重度障がい者 ・身体障害者(身障手帳1・2級) ・精神障害者(保健福祉手帳1級) ・知的障害者(IQ35以下) ・重複障害者(身障手帳3級かつIQ50以下) ※小学校就学前の者は子ども医療費の対象 ※福祉施設入所中の人は対象外(医療費が措置される施設) ※生活保護を受けているものは対象外 ※保健福祉手帳1級該当者の精神病床への入院は小学1年生から中学3年生までは対象、中学卒業からは対象外	500円/日 低所得者の場合 300円/日 (1医療機関あたり月20日まで)	500円/月 (1医療機関あたり) *薬局での自己負担なし	対象外	県内の 保険医療 機関等	令和3年 1月診療分
	ひとり親家庭等医療費支給制度	90	・母子家庭の母及びその児童 ・父子家庭の父及びその児童 ・父母のいない児童 ・養育者家庭 ※児童は小学校就学後から18歳の誕生日前日以後最初の3月31日まで ※生活保護を受けているものは対象外 ※福祉施設(医療費が措置される施設)の入所者は対象外 ※所得制限有り	500円/日 (1医療機関あたり月7日限度)	800円/月 (1医療機関あたり) *薬局での自己負担なし			

※ 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
子ども医療費制度	81400251	3,213
重度障害者医療助成制度	80400252	689
ひとり親家庭等医療費助成制度	90400250	740

保険医療機関・保険薬局等 各位

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

医療費助成事業に係る審査支払事務の委託先変更について(お知らせ)

平素は、支払基金の業務処理に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、宮若市が実施している医療費助成事業に係る被用者保険分の審査支払事務については、令和3年1月診療分(令和3年2月提出(請求)分)から支払基金福岡支部へ請求する取扱いとなります。

なお、国民健康保険分については、従来どおり福岡県国民健康保険団体連合会へ請求していただきます。

記

1 受託された実施機関番号一覧

制度名称 市町村名	子ども医療費 支給制度	重度障害者医療費 支給制度	ひとり親家庭等 医療費支給制度
宮若市	81400251	80400252	90400250

2 令和2年12月診療以前分の取扱い

令和3年3月提出(請求)分までは、乳障親医療費請求書及び乳幼児医療費明細書等により国保連合会あて提出願います。

本件に関する照会先
社会保険診療報酬支払基金福岡支部
事業管理課 湯川・熊本・古賀

TEL(代表) 092-473-6611