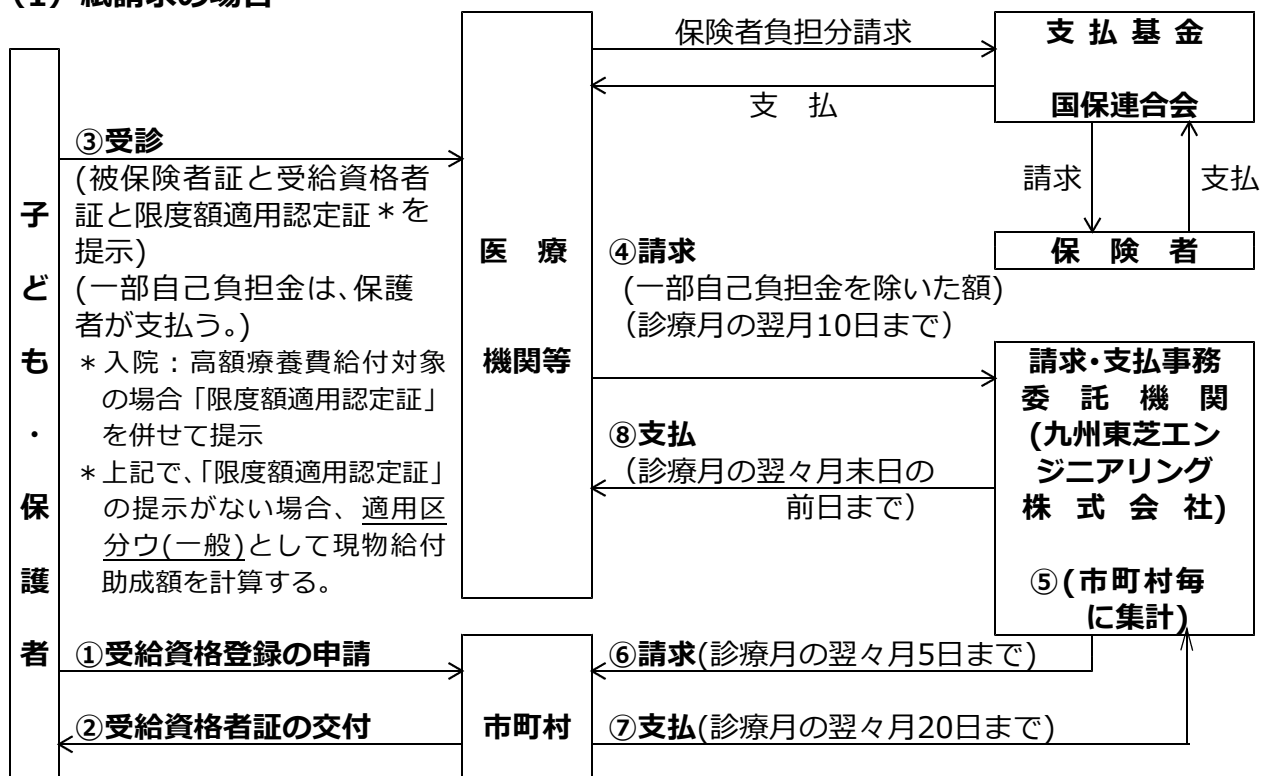


「子ども医療費助成事業」事務取扱要領

問い合わせ先 〒 870-8501 大分市大手町 3-1-1
大分県健康対策課 母子保健班
Tel 097-506-2672 Fax 097-506-1735

1 事務の流れ

(1) 紙請求の場合



(2) オンライン請求の場合

診療月の翌月12日までに委託機関へ電子請求データを送信。

(3) 電子媒体によるオフライン請求の場合

診療月の翌月12日までに委託機関に到着。

【子ども医療費助成事業の助成対象】

- ・未就学児(6歳に達する日以後の最初の3月31日まで)の入院費・通院費
- ・小中学生の入院費
- ・1レセプトごとに一部自己負担金を除いた額、または、公費負担医療を優先適用した場合に生じる受給者自己負担額から一部自己負担金を除いた額

2 一部自己負担金

【通院】

1 医療機関ごと(レセプトごと)1日500円までの額(一部負担金額(医療費総額の2割分)が500円に満たない場合はその額)を窓口で徴収してください。
ただし、3歳未満児については月2回、3歳以上児については月4回を上限とします。

【入院】

1 医療機関ごと(レセプトごと)1日500円を窓口で徴収してください。ただし、月14日を上限とします。

【調剤】

一部自己負担はありません。

3 受給資格者証（鶯色）の様式

- ・受給資格者証は、保護者の申請により、子どもの居住地の市町村から交付されます。
- ・交付の時期や申請方法は、市町村によって異なります。

4 一部自己負担金等について市町村単独助成をする場合の取扱い

(1) 未就学児（乳幼児）の入通院について一部自己負担金を助成する場合

- ・公費負担者番号は(8 3 4 4 9 * * *)です。
- ・受給資格者証(乳)単独 表面に「子ども一部自己負担金：0円」と記載されているので、保護者から一部自己負担金を徴収しません。
- ・ただし、子ども医療費助成金請求書(以下「請求書」という。)の「子ども療費一部自己負担金」欄には、単独助成を行わない場合と同様に金額を記入します。

(2) 小中学生の入院について一部自己負担金を助成する場合

- ・公費負担者番号は(8 3 4 4 8 * * *)です。
- ・受給資格者証(学)単独 表面に「子ども一部自己負担金：0円」と記載されているので、保護者から一部自己負担金を徴収しません。
- ・ただし、請求書の「子ども療費一部自己負担金」欄には、単独助成を行わない場合と同様に金額を記入します。

(3) 特定の年齢(例：小学生)に限り、一部自己負担金について助成する場合

- ・小学生分の公費負担者番号は(8 3 4 4 8 * * *)、中学生分の公費負担者番号は単独助成を行わない場合と同様(8 3 4 4 1 * * *)です。
 - ・小学生分は上記(1)と同様、保護者から一部自己負担金を徴収せず請求書には単独助成を行わない場合と同様に記入します。
 - ・中学生以上の分は単独助成を行わない場合と同様、受給資格者証表面に記載されている一部自己負担金を徴収します。
 - ・請求書は、小学生分(「公費負担者番号」欄は8 3 4 4 8 * * *)と中学生分(「公費負担者番号」欄は8 3 4 4 1 * * *)を別々に作成します。
- 【公費負担者番号】

一部自己負担金	単独助成あり	単独助成なし
未就学児 (乳)	8 3 4 4 9 * * *	8 3 4 4 0 * * *
小中学生 (学)	8 3 4 4 8 * * *	8 3 4 4 1 * * *

(4) 入院時食事療養費について助成をする場合

- ・原則として、償還払い方式での対応としますので、単独助成を行わない場合と同様の取扱いをします。

5 受給資格者証の確認

- (1)入院の方は、入院手続き時及び毎月始めに受給資格者証を確認してください。
- (2)通院の方は、その都度、受給資格者証を確認してください。

6 一部負担金(医療費総額の2割・3割分)の徴収

受給資格者証の提示がない場合は、窓口で一部負担金(医療費総額の2割・3割分)を徴収してください。

提示があれば、市町村が子ども医療費として助成しますので、一部自己負担金のみを徴収してください。(一部自己負担金を市町村が単独助成する場合は、上記の4を参照)

70歳未満の方の高額療養費の自己負担限度額の区分は
平成27年1月診療分より3区分から5区分に細分化されます。

区分	該当の基準
A:上位所得者 標準報酬月額 53万円以上	150,000円 〈多数該当 83,400円〉
	自己負担限度額の計算式
	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%
B:一般所得者 (上位所得者、低所得者以外)	80,100円 〈多数該当 44,400円〉
	自己負担限度額の計算式
	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
C:住民税非課税	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

区分	該当の基準
ア:標準報酬月額 83万円以上	252,600円 〈多数該当 140,100円〉
	自己負担限度額の計算式
	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%
イ:標準報酬月額 53万～79万円	167,400円 〈多数該当 93,000円〉
	自己負担限度額の計算式
	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%
ウ:標準報酬月額 28万～50万円	80,100円 〈多数該当 44,400円〉
	自己負担限度額の計算式
	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
エ:標準報酬月額 28万円以下	57,600円 〈多数該当 44,400円〉
オ:住民税非課税	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

ご注意

- ◇差額ベッド代、食事代、保険外の負担分は対象となりません。
- ◇70歳以上の方の負担に変更はありません。

市町村が子ども医療費として助成する額は、最高で、高額療養費の自己負担限度額までとなります。

入院・通院で高額療養費給付対象となる場合、所得区分ごとの限度額適用区分(ア～オ)^{*}を確認する必要がありますので、**併せて、限度額適用認定証を提示してもらってください。**

限度額適用認定証の提示がない場合(力)は、所得区分「ウ」として助成額(=高額療養費の自己負担限度額)を計算してください。

(このとき、子ども医療費助成は、所得区分「ウ」として現物給付されますが、保険者から給付される高額療養費分は、一旦、窓口での徴収が必要となります。)

※請求書作成の際は、請求書の「適用区分」欄にア～カ(* ア、イ:上位所得、ウ、エ:一般、オ:低所得、力:提示なし「ウ」扱い)を記入してください。

※高額療養費の給付対象でない場合は、「適用区分」欄への記入はしないでください。

※力:提示なし「ウ」扱いの方の実際の所得区分が「ア、イ」の場合は、助成額に未払い分が発生し、「エ」、「オ」の場合は、助成額に過払い分が発生しますので、保護者等は市町村窓口での精算手続きが必要となります。

出生や転入により受給資格者証交付申請中の保護者等については、一旦、一部負担金(医療費総額の2割・3割分)を徴収し、後日、保護者が受給資格者証の提示をした場合に、一部負担金(医療費総額の2割・3割分)から一部自己負担金を除いた額を返還するなどのご配慮をお願いします。

7 他法優先

未熟児養育医療、自立支援医療(育成医療)、小児慢性特定疾患治療研究事業等が適用される場合は、それらの公費負担医療が優先適用されます。

8 自立支援医療(育成医療)等の受給者自己負担額

自立支援医療(育成医療)等の公費負担医療を優先適用した場合に生じる受給者自己負担額は、請求書の「自己負担額(B)」欄に記入します。自己負担額が一部自己負担金より高い場合は、一部自己負担金のみ徴収します。

なお、未熟児養育医療については、一部自己負担金についても保護者からは徴収せず、請求書にも記入しません。

9 適用外経費

健康診断や乳児検診、交通事故など保険が使えないもの、診断書等の文書作成料や保険適用外の患者負担金(差額ベッド、おむつ代等)などは、本事業の対象になりません。

10 医療費の請求及び支払

(1) 紙請求の場合

市町村ごとに請求書を作成し、押印のうえ、診療月の翌月10日(郵送の場合は10日の消印、土曜日・日曜日等の休日の持参の場合はその翌営業日)までに請求・支払事務委託機関(以下「委託機関」という。)へ送付してください。委託機関は、診療月の翌々月の末日の前日(土曜日・日曜日等の休日の場合はその前日)までに指定口座に振り込みます。

(2) オンライン請求の場合

指定形式の電子請求データを作成し、パスワード付圧縮ファイルにて、診療月の翌月12日までにインターネットファイル交換システム(東芝インフォメーションシステムズ)を利用して請求データをアップロードしてください。委託機関は、診療月の翌々月の末日の前日(土曜日・日曜日等の休日の場合はその前日)までに指定口座に振り込みます。

(3) 電子媒体によるオフライン請求の場合

電子請求データを作成し、診療月の翌月12日までに委託機関に到着するように持参もしくは送付してください。委託機関は、診療月の翌々月の末日の前日(土曜日・日曜日等の休日の場合はその前日)までに指定口座に振り込みます。

11 請求書の送付先(委託機関)

〒870-0037 大分市東春日町17番19号 大分ソフィアプラザビル
九州東芝エンジニアリング株式会社 NPRJ担当
Tel 097(537)5186 Fax 097(537)5029

12 請求書及び記入方法

紙請求の場合、請求書は手書き又はシステムによる印刷のどちらでも構いませんが、各医療機関でコピー等により対応していただくようお願いします。規格はA4サイズとします。

13 医療費の支払口座等について

医療機関情報を事前に登録しておく必要がありますので、別添調査票に記入のうえ、県健康対策課あて郵送又はFAXによりご回答いただくようお願いします。

なお、医師会や薬剤師会、歯科医師会に加入していない医療機関や、協会等に属していない柔道修復、整骨院、また、訪問看護ステーションについては、事前に現物給付の契約を締結する必要がありますので、必ず登録前に契約をお済ませください。

(別添調査票)

子ども医療費助成事業に係る医療費の支払口座等について

調査票送付先

〒870-8501

大分市大手町3-1-1

大分県健康対策課 母子保健班 あて

FAX 097 (506) 1735

TEL 097 (506) 2672

郵便番号 〒 —

住所

医療機関名

代表者

医療機関コード(7桁)

--	--	--	--	--	--	--

電話番号

振込金融機関名
(支店名)

(フリガナ)
名義人

種別 普通 当座

口座番号

請求書の提出種別 オンライン ・ 電子媒体 ・ 紙
※ いずれかを選択してください。

メールアドレス @

※ 提出種別がオンラインの場合、必須

(別添調査票)

子ども医療費助成事業に係る医療費の支払口座等について(変更)

調査票送付先

〒870-8501

大分市大手町3-1-1

大分県健康対策課 母子保健班 あて

FAX 097 (506) 1735

TEL 097 (506) 2672

郵便番号 〒 -

住所

医療機関名

代表者

医療機関コード(7桁)

--	--	--	--	--	--	--

電話番号

振込金融機関名
(支店名)

(フリガナ)
名義人

種別 普通 当座

口座番号

請求書の提出種別 オンライン ・ 電子媒体 ・ 紙

※ いずれかを選択してください。

メールアドレス @

※ 提出種別がオンラインの場合、必須

※変更項目にアンダーラインを引いてください。