

医療機関・調剤薬局向け  
菊池市ひとり親家庭等医療費助成  
医療費請求マニュアル  
(現物給付用)

平成30年4月版

菊池市役所  
子育て支援課 こども家庭支援係  
TEL0968-25-7214

## 目次

1. ひとり親家庭等医療費助成事業の附加給付ありの対象者の現物給付方式への移行について（概要） P 1
2. 窓口での計算方法について P 1
3. 医療費請求について P 2
4. その他留意事項
5. 受給者証見本 P 3

## 1. ひとり親家庭等医療費助成事業の附加給付ありの対象者の現物給付方式への移行について（概要）

ひとり親医療費の助成方法が保険加入のすべての対象者に対して菊池市内医療機関への外来受診に限り、現物給付へと変更いたします。

医療機関等から市への医療費の請求につきましては、現在、請求いただいておりますひとり親家庭等医療費助成請求書と合算して請求してください。

### 記

#### ○業務開始について

平成 30 年 4 月診療分から

#### ○受給者番号について

現在の受給者番号からの変更はいたしません

#### ○菊池市ひとり親家庭等医療費助成事業の内容

##### (1) 対象年齢・・・子は 18 歳になる初めの 3 月 31 日まで

親は子が 20 歳になる誕生日まで

※有効期限は受給証に記載しておりますが、単年度更新（8 月更新）となります。

##### (2) 受給者証（緑）を提示された場合に、一部負担金の 3 分の 2 は窓口にて徴収せず現物給付を行なってください。一部負担金の 3 分の 1 を窓口にて徴収してください

##### (3) 現物給付対象医療圏

菊池市内の医療機関（歯科・調剤薬局含む）とする。

## 2. 窓口での計算方法について

・自己負担額（3 割）に 3 分の 2 を乗じて計算を行い、小数点以下を切り捨てた額を市へのご請求ください。

残りの額を自己負担分として徴収してください。

例・・・2000 円の場合→ 市へ請求 3 分の 2（1333 円）

本人へ請求 3 分の 1（667 円）

※・計算対象（請求対象）は保険適用の医療費のみとなります

・領収書を渡される際は徴収額での領収書をお渡しください

## 3. 医療費請求について

請求書（様式第 12 号）に市へ請求する月ごとの人数（件数）、点数、金額を国保・社保で分けて記載し、医療機関名と事業所印（代表者印）を押し、明細書（様式第 13 号）に受診者ごとに総点数、請求をされる 3 分の 2 の金額を記載してください。

#### 4. その他留意事項

窓口では、有効期限等についてご確認ください。

※有効期限切れについては市役所へお問い合わせください。

受給者証は見本を参考にしてください（別紙5参照）

受給者証及び健康保険証を提示されない場合、一部負担金を徴収。

現物給付対象と出来る場合	現物給付対象と出来ない場合
<ul style="list-style-type: none"><li>・菊池市内の医療機関</li><li>・外来受診</li><li>・受給証を提示</li><li>・外来医療費が月に 21,000 円以内</li><li>・保険診療</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・菊池市外</li><li>・入院</li><li>・受給証非提示</li><li>・診療費が月に 21,000 円を超えた</li><li>・保険適用外</li></ul>

※公費との優先関係については他の公費負担制度優先。

※他制度との優先関係

子ども医療と重度心身障がい者医療費助成制度など複数の資格を持たれる助成対象者の優先関係については本人の判断でどちらかを選択。

5. 受給者証見本（緑色）

表				
菊池市ひとり親家庭等医療費受給資格証				
受給資格証番号				
受給者	住所			
	氏名			
受給資格者	氏名	続柄	生年月日	喪失予定日
受給者有効期間	から まで			
交付日				
菊池市長		電子公印		

裏
<p style="text-align: center;">注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 この証は、ひとり親家庭等医療費の助成を受けられることを証明するものですので、大切に保管してください。</li> <li>2 加入保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは速やかに届け出てください。</li> <li>3 交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるときは、必ず届け出てください。</li> <li>4 死亡、転出等により受給資格を失ったときは、直ちにこの証を返還してください。</li> <li>5 この証は他人に貸したり、譲渡したり、又は担保にはいけません。</li> <li>6 偽り、その他不正行為で助成を受けたときは、費用を返還させることがあります。</li> <li>7 医療費の請求は、診療を受けた月の翌月から起算して1年を経過した場合は、無効となりますので早めに請求をしてください。</li> <li>8 有効期間 親は子が20歳になる月まで。 子は18歳になる最初の3月31日まで。</li> <li>9 現物給付は菊池市内の医療機関で附加給付の無い受給証のみ行えます。</li> </ol>

ひとり親家庭等医療費請求書

年 月診療分を下記のとおり請求します。

年 月 日

菊池市長 様

医療機関名  
(名称・氏名)

印  
印

市民の方の負担割合に  
応じた欄へご記入ください

その月に受診した方  
の人数となります。

明細書と同じ記載方法となります

記

保 険	負担割合	件 数	総 点 数	一部負担額 (点数×負担割合) 1の位四捨五入	請 求 額	※決 定 額
国 保	2 割					
	3 割					
社 保	2 割					
	3 割					
合 計						

その月の各欄  
に応じた総点  
数をご記入く  
ださい。

その月の各欄に応じた  
一部負担の総計額をご  
記入ください(窓口で本  
来負担する額の総計)

※市役所記入欄

様式第 13 号(第 4 条関係)

負担割合 × 点数  
その月での、本来窓口で負担いただく額をご記入ください(助成無しの額)

一部負担額に3分の2を掛けて小数点以下を切り捨てた額をご記入ください

ひとり親家庭等医療費明細書

年 月分(※国保分・社保分)

受給者証番号	受診者氏名	生年月日	住 所	総点数	一部負担額	請求額	※決定金額
					(点数×負担割合) 1の位四捨五入		
		. .	番地				
		. .	番地				
		. .	番地				
		. .					
		. .					
		. .	番地				
		. .	番地				
		. .	番地				
		. .	番地				
		. .	番地				
		. .	番地				
		. .	番地				
		. .	番地				
計							

その月での受診者の総点数をご記入ください

この欄は市の側で請求額の数字に基づいて助成額を記載しますので、記入不要です。

※ 市役所記入欄