

# 福島市子ども医療費助成事務マニュアル

## 【医療機関・薬局用】

### 《 目 次 》

- 0 はじめに
- 1 受給対象者
- 2 受給資格者証の見方
- 3 助成額
- 4 現物給付による助成対象となる医療費
- 5 医療費の請求
- 6 「子ども医療費請求書」記入の仕方
- 7 「子ども医療費（連記式）明細書」記入の仕方
- 8 「子ども医療費助成金決定通知書」について

お問い合わせ先：福島市役所共生社会推進課医療助成係  
電話：024-525-3747（直通）  
FAX：024-535-7970

## 0 はじめに

「福島市子ども医療費助成制度」は、平成24年10月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日まで対象年齢を拡大いたしました。

本助成事務マニュアルについては、各医療機関等における医療費の助成及び請求方法等に係る事務の詳細について記載しておりますので、必ずご確認の上、ご対応くださるようお願いいたします。

## 1 受給対象者

### (1)子ども医療費助成制度

福島市内に住所があり、医療保険各法による被保険者又は被扶養者で、  
0歳～18歳（18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）の子ども  
※生活保護法の適用者は除きます ※公費優先

子ども医療費受給資格の登録手続きをしていないと助成は受けられません。  
必ず「子ども医療費受給資格者証」の所持を確認してください。

## 2 受給資格者証の見方

福島市子ども医療費受給資格者証			
受給資格者番号		①	
受給資格者氏名 (保護者)		②	性別
対子	氏名		性別
象ど	住所	③	
者も	生年月日		
有効期間		④ ⑤	
発行機関 名及び印		福島市長	
交付年月日			

### 【子ども医療費受給資格者証】

①受給資格者番号	6桁で構成しています。
②受給資格者氏名	ほとんどの場合は被保険者又は組合員ですが、その方が福島市内に住所がない場合は配偶者等となります。
③対象者（子ども）	受給対象の子どもの氏名・生年月日等です。
④有効期間の始期	この日から子ども医療費助成の受給資格を有します。 この日より前の診療は助成対象外です。
⑤有効期間の終期	この日で子ども医療費助成の受給資格が終了します。 この日を過ぎた受給者資格者証は使用できません。 ※途中で福島市から転出した場合には、この日以前であつても転出日以降は助成対象外です。

### 3 助成額

#### (1)子ども医療費助成制度

- ・ 保険診療による一部負担金（小学校就学前は総医療費の2割、小学生以上は3割）
- ・ 入院時食事療養費定額負担金

※保険診療外のもの（初診時の特定療養費、検診、予防接種、薬の容器代、差額ベッド代、証明手数料、病衣代等）は対象外です。

※高額療養費及び家族療養費付加金の支給がある場合は差し引いて助成しています。

### 4 現物給付による助成対象となる医療費

福島市国民健康保険以外の健康保険（社会保険等）に加入している子どもが、福島市及び県北地域の医療機関等において支払った1か月の医療費の自己負担額が21,000円未満のものとします。また、福島市国民健康保険の加入者はこれまで同様、金額に関わらず、福島県国民健康保険団体連合会へ10割をレセプトで請求となります。（現物給付）

1か月の医療費の自己負担額が21,000円を超える場合、及び対象地域外の医療機関等において支払った医療費や福島市国民健康保険の加入者の入院時食事療養費は窓口で支払いが必要です。診療月ごとに福島市子ども医療費助成申請書へ証明をしていただき、受給資格者が市へ助成申請することとなります。（償還払い）

#### 【現物給付と償還払いの取扱い等一覧】

保険種別	医療機関等所在地	一部負担金	現物給付	償還払い
社保 等	福島市内及び 県北地方	21,000 円未満	●	◎※
		21,000 円以上		◎
	上記以外			◎
福島市国保	県内	金額に関わらず	●	○※
	県外			○
	入院時食事療養費			◎

申請先 ● 福島県国民健康保険団体連合会

◎ 福島市共生社会推進課 ○ 福島市国保年金課

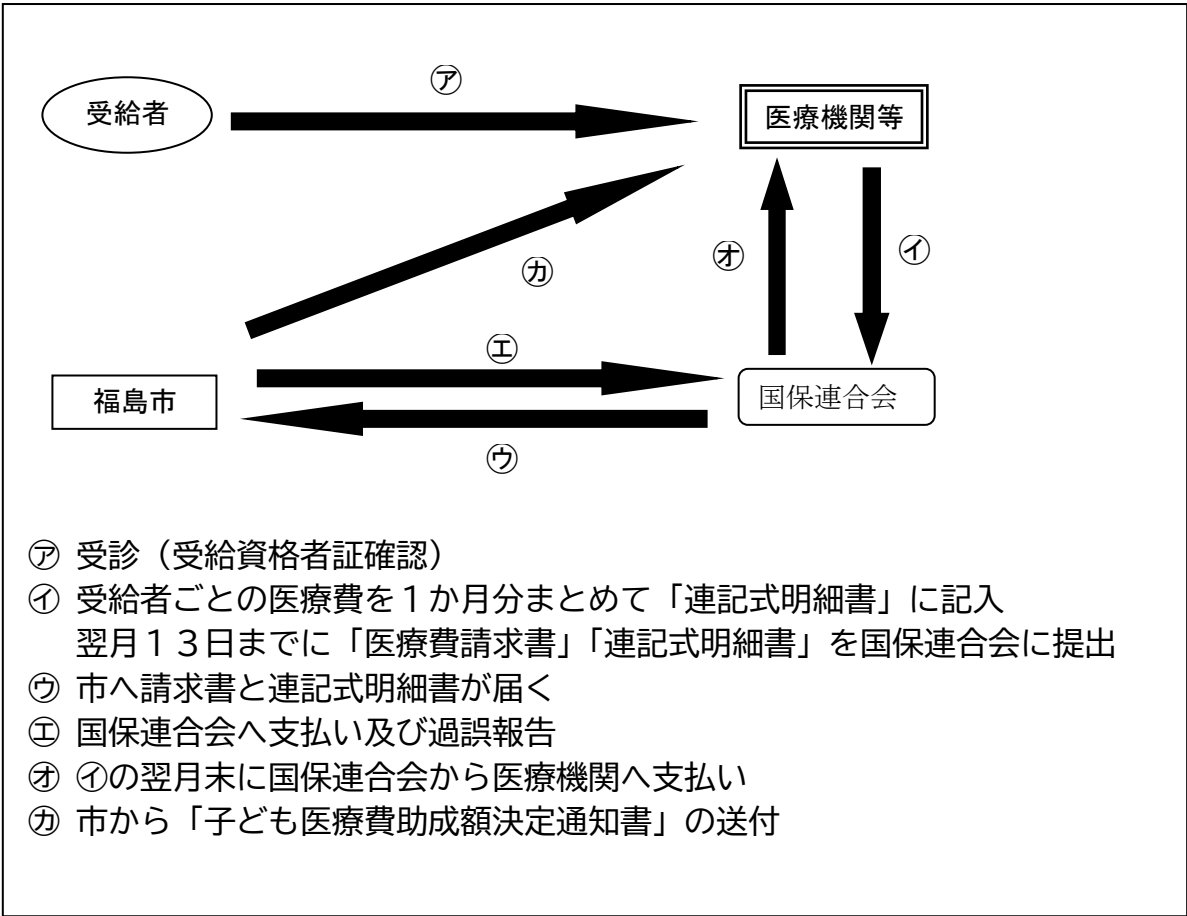
※ 受給者証や保険証の提示がなかった場合

### 5 医療費の請求

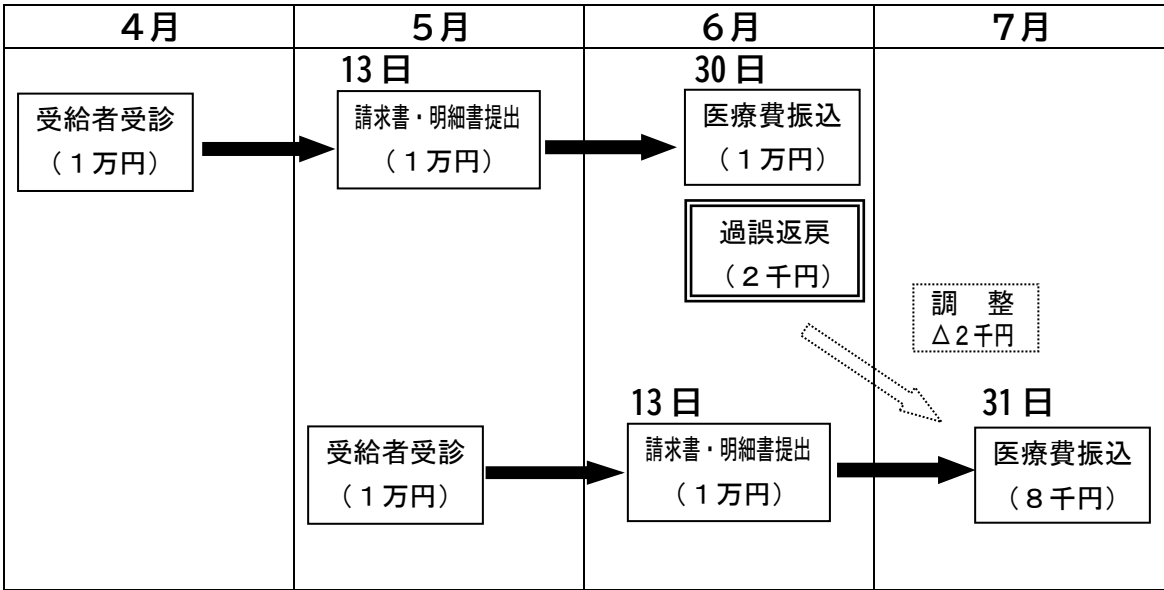
受給資格者ごとの医療費を1か月分まとめて「連記式明細書」に記入し、翌月13日までに福島県国民健康保険団体連合会へ「医療費請求書」及び「連記式明細書」を提出してください。

提出後に請求誤りが判明した場合は、過誤返戻依頼書を共生社会推進課へ提出し再請求してください。差額分のみの請求はできません。

【医療費の請求と支払いの流れ】



【過誤返戻・過誤調整の流れ（例）】



《留意事項》

- ・ 受給者証番号、生年月日、医療保険者番号、一部負担金額の誤りはすべて過誤返戻となります。
- ・ 金額の誤りを調整した請求はできません。

## 6 「子ども医療費請求書」記入の仕方

### (1)子ども医療費請求書

- |                     |   |
|---------------------|---|
| ①識別                 | 手書きの場合は「空欄」、電算出力の場合は「1」を記入して下さい。                    |
| ②診療月                | 提出する明細書の主な診療月を記入して下さい。<br>※診療月ごとに請求書及び明細書を分けないで下さい。 |
| ③医療機関コード            | 数字のみ記入して下さい。  |
| ④保険医療機関等            | 保険医療機関等の所在地及び名称、電話番号、開設者氏名を記入して下さい。 ※押印は不要です。       |
| ⑤年月日                | 市に提出する日付を記入して下さい。                                   |
| (以下全て右づめで記入してください。) |   |
| ⑥明細書枚数              | 提出する明細書の総枚数を記入して下さい。                                |
| ⑦件数                 | 提出する明細書の総件数を記入して下さい。                                |
| ⑧総点数                | 提出する明細書の総合計を記入してください。                               |
| ⑨⑩請求額               | 提出する明細書の一部負担金及び食事療養費標準負担額の総合計を記入して下さい。              |

※「医療費請求書」は請求月で1枚とし、診療月ごとに分けないでください。

※「医療費請求書」は明細書の枚数や件数の確認に使用します。各明細書の小計金額と請求書の総金額が異なっている場合は、明細書を優先します。各明細書の小計金額が、一つ一つの明細を積み上げた金額と異なっている場合は、明細を積み上げた金額に訂正させていただきます。

福島市長

2

年月

分子ども医療費請求書

社 保 等 用	市 町 村 番 号						県 番 号		医 療 機 関 コー ド					
	0	7	0	0	1	1	0	7		3				

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

4

〒

下記のとおり請求する。

年

5

月

日

明 細 書 枚 数 枚	件 数 件	総 点 数 点	請 求 額	
			一 部 負 担 金 円	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額 円
6	7	8	9	

## 7 「子ども医療費（連記式）明細書」記入の仕方

- ・OCRにより機械で読み取り処理しますので、数字や文字は所定の位置に大きくはっきりと記入して下さい。
- ・パソコン等で作成する際は、市所定のものと同一の様式をお願いします。

### (1)子ども医療費（連記式）明細書 （右づめで記入してください。）

- |          |   |
|----------|---|
| ①識別      | 手書きの場合は「空欄」、電算出力の場合は「1」を記入して下さい。                                    |
| ②診療年月    | 提出する明細書の主な診療月を記入して下さい。<br>(例：11月提出分→10月分)<br>※診療月ごとに明細書を分けないで下さい。   |
| ③医療機関コード | 数字のみ記入して下さい。  |
| ④保険医療機関等 | 保険医療機関等の所在地及び名称、電話番号、開設者氏名を記入して下さい。                                 |
| ⑤No.     | 明細書の枚数を記入して下さい。(2枚目→2)  |
| ⑥受給者証番号  | 受給者証のとおり「6桁」で記入して下さい。   |
| ⑦性別      | 記入不要です。   |
| ⑧生年月日    | 元号には平成→4、令和→5を、年月日にはそれぞれ2桁の数字を記入して下さい。<br>(令和3年1月23日生まれの場合：5030123) |
| ⑨診療年月    | 診療年月にはそれぞれ2桁の数字を記入して下さい。<br>(令和4年1月診療の場合：0401)                      |
| ⑩診療日数    | 記入省略可。  |
| ⑪点数      | 保険診療点数を記入して下さい。   |
| ⑫一部負担金   | 受給者が本来負担する保険診療の一部負担金の額を記入して下さい。                                     |
| ⑬食事回数    | 食事回数を記入して下さい。   |
| ⑭標準負担額   | 食事療養費標準負担額を記入して下さい。   |
| ⑮受給者氏名   | 受給者氏名をカタカナで記入して下さい。   |
| ⑯医療保険者番号 | 健康保険証に記載の医療保険者番号を記入して下さい。   |
| ⑰診療科     | 記入省略可。  |
| ⑱入外      | 入院：1 外来：2 を記入して下さい。   |
| ⑲公費法別    | 公費が適用された場合のみ法別番号を記入して下さい。   |
| ⑳○長(Ⓢ)   | 長期特定疾病適用の場合のみ「1」を記入して下さい。   |
| □備考      | 連絡事項があれば記入して下さい。(例：月遅れ分)<br>処方元医療機関ごとに請求する場合は、医療機関名を必ず記入して下さい。      |
| □小計      | 明細書1枚ごとの合計を記入して下さい。   |

年2月分 子ども医療費〔連記式〕明細書

福島市長

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

4

No. 5

社 保 等 用	市 町 村 番 号				県 番 号		医 療 機 関 コー ド			
	0	7	0	0	1	1	0	7	3	

受 給 者 証 番 号				※① 性別	元号	生 年	月	日	※② 診 療 科		※③ 入 外	※④ 公 費 法 別	※⑤ ○ 長	点 数  点	請 求 額									
受給者氏名（カナ）				本 家	医 療 保 険 者 番 号				一 部 負 担 金  円						食 事 療 養 費 食事回数回 標準負担額円									
⑥				*	*	*	*	⑦	⑧				⑨	⑩ :										
				2										備考										
				*	*	*	*	*					*	*										
				2										備考										
				*	*	*	*	*					*	*										
				2										備考										
				*	*	*	*	*					*	*										
				2										備考										
				*	*	*	*	*					*	*										
				2										備考										
				*	*	*	*	*					*	*										
				2										備考										
				*	*	*	*	*					*	*										
				2										備考										
				*	*	*	*	*					*	*										
				2										備考										
〇説明）									小 計															

〈記載コードの説明〉

①性別：男→1 女→2

②診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載

③入 外：入院→1 入院外→2

④公費法別：法別番号を記入

⑤○長：該当→1 非該当→空白

※医療費の一部負担金、食事療養費は必ず、別々に証明してください。



## 8 支払方法及び決定通知書について

請求月の翌月末日に福島県国民健康保険団体連合会より振り込みます。

(例：4月診療分 5月13日提出 ⇒ 6月30日振込)

なお、市において請求内容の確認及び審査を行った上で、過誤返戻が生じた場合、翌月の請求分から調整を行います。

「子ども医療費助成金決定通知書」は乳幼児・児童分に分けて共生社会推進課から送付します。

この決定通知書は、①当月給付決定額（過誤返戻分の調整がされていない金額）②過誤返戻分（次の月の振込分で調整される金額）を表しており、当月の通知①から先月の通知②を差し引いたものが、振込額となります。