

# 福祉3医療費 請求・申請マニュアル



桶川市

# 目 次

I	桶川市福祉3医療費支給制度の概要	
1	こども医療費支給事業	1
2	ひとり親家庭等医療費支給事業	2
3	重度心身障害者医療費支給事業	3
4	(後期) 重度心身障害者医療費支給事業	4
II	福祉3医療費の窓口払廃止(現物給付)	
1	制度の概要	5
2	請求の方法	7
3	資格の確認方法	8
4	協定について	10
5	公費併用レセプト記載時の注意事項	11
6	医療費支給申請書(現物給付)の記載時の 注意事項	12
III	支給申請書の提出手続の簡素化事業	
1	手続の流れ	13
2	申請書を預かる前に	14
3	申請者記入欄について	14
4	医療機関等記入欄について	14
5	送付書について	19
6	協定について	20
IV	Q & A	
1	現物給付の取扱いに関するQ & A	21
2	申請手続の簡素化に関するQ & A	27

# I 福祉3医療費支給制度の概要

## 1 こども医療費支給事業

この制度は、こどもの健康の向上と福祉の増進を図ることを目的とし、保護者等（受給資格者）がこどもの医療のために、保険適用の一部負担金を医療機関等に支払った場合、申請に基づき医療費を市が支給するものです。

令和4年10月受診分からは、受給資格者に代わって、埼玉県内の医療機関等が一部負担金を桶川市に請求することができる現物給付制度を導入しています。

### (1) 対象者

市内に住所を有する0歳児から満18歳に達する日以後の最初の3月31日まで（重度心身障害者医療費、ひとり親家庭等医療費、生活保護の受給者は、該当しません）

### (2) 支給内容

医療保険制度による医療費及び他の法令による医療費の自己負担額

※ 予防接種や健康診断など、保険外の診療は該当しません。

※ 入院の場合の入院時食事療養負担額は、支給対象外です。

※ 高額療養費又は附加給付の適用がある場合は、その額を控除した金額を支給します。

※ 他の公費負担制度（自立支援医療・療育医療・特定疾患など）の適用がある場合は、これらの制度が優先となります。制度適用後、なお自己負担がある場合は、その金額を支給します。

※ 第三者行為（交通事故等）や、児童生徒の災害給付（学校管理下における児童生徒の負傷・疾病）に該当する場合は、支給対象になりません。

### (3) 自己負担額

なし

## 2 ひとり親家庭等医療費支給事業

この制度は、ひとり親家庭等の生活の安定と自立を支援し、福祉の増進を図ることを目的としています。対象家庭の児童とその保護者が医療機関等で診療を受けた際、保険適用の一部負担金を支払った場合、申請に基づき医療費を市が支給するものです。

令和5年1月受診分からは、保護者等に代わって、埼玉県内の医療機関等が一部負担金を桶川市に請求することができる現物給付制度を導入しています。

### (1) 対象者

市内に住所を有する児童（18歳に達した日の属する年度の末日までの者及び20歳未満の者で、規則で定める程度の障害の状態にあるもの）及びその児童を養育する母、父又は養育者

※児童扶養手当と同様の資格要件があります。

（重度心身障害者医療費や生活保護の受給者は、該当しません。）

### (2) 支給内容

医療保険制度による医療費及び他の法令による医療費の自己負担額

※ 予防接種や健康診断など、保険外の診療は該当しません。

※ 入院の場合の入院時食事療養負担額は、支給対象外です。

※ 高額療養費又は附加給付の適用がある場合は、その額を控除した金額を支給します。

※ 他の公費負担制度（自立支援医療・療育医療・特定疾患など）の適用がある場合は、これらの制度が優先となります。制度適用後、なお自己負担がある場合は、その金額を支給します。

※ 第三者行為（交通事故など）や、児童生徒の災害給付（学校管理下における児童生徒の負傷・疾病）に該当する場合は、支給対象になりません。

### (3) 自己負担額

なし

### 3 重度心身障害者医療費支給事業

この制度は、重度心身障害者の健康を守り、その福祉の増進を図るとともに、本人及びその家族の経済負担を軽減するため、保険適用の一部負担金を医療機関等に支払った場合、申請に基づき医療費を市が支給するものです。

令和4年10月受診分からは、受給者に代わって、埼玉県内の医療機関等が一部負担金を桶川市に請求することができる現物給付制度を導入しています。

#### (1) 対象者

次のいずれかに該当する重度心身障害者の方

・桶川市内に住所を有する方 ・桶川市から援護を受け、市外にある障害者施設等に入所している方 ・国民健康保険の住所地特例により市町村の国保に加入し、桶川市外の施設に入所している方

＜重度心身障害者＞

- ① 身体障害者手帳 1級～3級の所持者
- ② 療育手帳 **Ⓐ**・A・Bの所持者
- ③ 精神障害者保健福祉手帳1級の所持者（精神病棟入院分の助成を除く）
- ④ 65歳以上で、一定の障害があると広域連合の障害認定を受けた方\*
- ⑤ 75歳以上で、障害の状態であると市長の認定を受けた方\*

※精神障害者保健福祉手帳1・2級、身体障害者手帳4級（音声・言語、下肢の一部）、障害基礎年金1・2級

ただし、平成27年1月1日以降に上記①～⑤に該当する等級の手帳を初めて取得した時の年齢が65歳以上の場合は対象外となります。

#### (2) 支給内容

医療保険制度による医療費及び他の法令による医療費の自己負担額

※ 予防接種や健康診断など、保険外の診療は該当しません。

※ 入院の場合の入院時食事療養負担額は、支給対象外です。

※ 高額療養費又は附加給付の適用がある場合は、その額を控除した金額を支給します。

※ 特定疾病（マル長）については、自己負担額（1万円又は2万円）までは支給対象となりますが、院外薬局での支払などで、自己負担額を超える分については、支給対象外となります（高額療養費該当となります）。

※ 他の公費負担制度（自立支援医療・療育医療・特定疾患など）の適用がある場合は、これらの制度が優先となります。制度適用後、なお自己負担がある場合は、その金額を支給します。

※ 第三者行為（交通事故など）や、児童生徒の災害給付（学校管理下における児童生徒の負傷・疾病）に該当する場合は、支給対象になりません。

## 4 (後期) 重度心身障害者医療費支給事業

この制度は、重度心身障害者医療費助成事業と同様の趣旨で、後期高齢者医療制度における医療費の一部負担金を医療機関等に支払った場合、申請に基づき医療費を市が支給するものです。

令和4年10月受診分からは、受給者に代わって、埼玉県内の医療機関等が一部負担金を桶川市に請求することができる現物給付制度を導入しています。

### (1) 対象者

次のいずれかに該当する重度心身障害者の方

・桶川市内に住所を有する方 ・桶川市から援護を受け、市外にある障害者施設等に入所している方 ・国民健康保険の住所地特例により市町村の国保に加入し、桶川市外の施設に入所している方

<重度心身障害者>

- ① 身体障害者手帳 1級～3級の所持者
- ② 療育手帳 ㊤・A・Bの所持者
- ③ 精神障害者保健福祉手帳1級の所持者（精神病棟入院分の助成を除く）
- ④ 65歳以上で、一定の障害があると広域連合の障害認定を受けた方\*
- ⑤ 75歳以上で、障害の状態であると市長の認定を受けた方\*

※精神障害者保健福祉手帳1・2級、身体障害者手帳4級（音声・言語、下肢の一部）、障害基礎年金1・2級

ただし、平成27年1月1日以降に上記①～⑤に該当する等級の手帳を初めて取得した時の年齢が65歳以上の場合は対象外となります。

### (2) 支給内容

医療保険制度による医療費及び他の法令による医療費の自己負担額

※ 予防接種や健康診断など、保険外の診療は該当しません。

※ 入院の場合の入院時食事療養負担額は、支給対象外です。

※ 高額療養費又は附加給付の適用がある場合は、その額を控除した金額を支給します。

※ 特定疾病（マル長）については、自己負担額（1万円又は2万円）までは支給対象となりますが、院外薬局での支払などで、自己負担額を超える分については、支給対象外となります（高額療養費該当となります）。

※ 他の公費負担制度（自立支援医療・療育医療・特定疾患など）の適用がある場合は、これらの制度が優先となります。制度適用後、なお自己負担がある場合は、その金額を支給します。

※ 第三者行為（交通事故など）や、児童生徒の災害給付（学校管理下における児童生徒の負傷・疾病）に該当する場合は、支給対象になりません

## Ⅱ 福祉3医療費の窓口払い廃止（現物給付）

福祉3医療費支給事業（医療費助成制度）による受診及び申請手続を簡略化し、受給資格者と医療機関等の手続にかかる負担を軽減するため、令和4年10月診療分から（ひとり親家庭等医療費は令和5年1月受診分から）、埼玉県内全域での窓口払い廃止（現物給付）を実施しています。

### 1 制度の概要

#### (1) 現物給付の対象事業

- ① こども医療費支給事業
- ② ひとり親家庭等医療費支給事業
- ③ 重度心身障害者医療費支給事業（一般・後期）

#### (2) 現物給付の対象医療機関等

埼玉県内の医療機関等（医科、歯科、保険調剤、訪問看護ステーション、柔道整復、鍼灸・あん摩マッサージ院）

#### (3) 現物給付の対象となる診療

福祉3医療費の対象となる医療費（保険診療の自己負担額）について、一医療機関等での同月内の累計自己負担額が限度額未満のもの

※ 限度額とは

こども医療及びひとり親家庭等医療費・・・21,000円

重度心身障害者医療費

70歳未満の方・・・21,000円

70歳から74歳の方・・・ 外来8,000円、入院15,000円

（後期）重度心身障害者医療・・・上限額なし

※ 限度額を超えた場合、当月分の一部負担金全てが現物給付の対象外（償還払い）となります。

※ 限度額の判定は、レセプト1件当たりの自己負担額となります。

現物給付の対象となる1ヶ月当たりの医療の範囲（限度額21,000円の例）

負担割合	点数	総金額(点数×10円)	自己負担額
1割	～20,994点	～209,940円	～20,990円
2割	～10,497点	～104,970円	
3割	～6,998点	～69,980円	

※ 領収時に10円未満の端数を四捨五入した場合となります。

※ 1ヵ月の自己負担額が限度額を超えた場合、その月の一部負担金全てを医療機関等の窓口で支払い、後日市への申請（償還払い）となります。

#### (4) 現物給付の対象とならない診療

- ① 埼玉県外の医療機関等での診療
  - ② 一医療機関等での同月内の累計自己負担額（レセプト単位）が限度額以上の診療
  - ④ 福祉3医療費の受給資格証の提示がなかった診療
  - ⑤ 人工透析などの特定疾病（マル長）に該当する診療で、保険調剤分のもの
  - ⑥ 福祉3医療費の対象とならない診療
- ⇒ 保険適用外の診療、入院の場合の入院時食事療養負担額、第三者行為（交通事故など）、児童生徒の災害給付（学校管理下における児童生徒の負傷、疾病）に該当する診療

#### (5) 現物給付の対象外となるものの一覧表

次の表を上から順に確認し、該当するものは医療費を窓口で領収してください。

※ 福祉3医療費の対象外となるもの（償還払いの対象にもなりません。）

① 受給資格証を持っていない	受診時に必ず受給資格証（公費負担番号の記載のあるカードサイズのもの）の確認をしてください。
② 有効期間外の受給資格証を提示	
③ 古い受給者資格証を提示	
④ 健康保険の加入確認ができない	健康保険適用外の診療については対象外です。また、加入保険に変更がある場合は、市役所にて変更手続きが必要です。
⑤ 桶川市外に転出した	転出日の前日診療分までが対象です
⑥ 予防接種・健康診断など保険適用外の費用	保険適用外の費用については福祉3医療費の対象外です。
⑦ 高額療養費に該当する費用	自己負担限度額までが対象となります。
⑧ 入院時食事療養負担額	福祉3医療費の対象外です
⑨ 特定疾患・自立支援医療などの公費負担医療で給付する医療費	ただし、公費負担該当でも <u>自己負担分については現物給付の対象</u> となります。
⑩ 第三者行為に該当する医療費	交通事故など第三者の行為に起因する傷病の場合は、医療費を領収してください。
⑪ 日本スポーツ振興センターの災害共済給付に該当する医療費	学校、保育所などでの事故の場合は、災害共済給付に該当しない場合でも医療費を領収してください。



## 2 請求の方法

### (1) 医科・歯科・保険調剤・訪問看護ステーションの場合

桶川市で助成している福祉3医療費を公費負担医療扱いとし、公費併用レセプトを作成していただきます。

窓口では、患者から医療費を領収せず、小児慢性特定疾患医療給付、特定疾患医療給付などの制度と同様に、それぞれの医療費助成制度に設定された公費負担者番号と、患者個別の受給資格者番号をレセプトに記載して、社会保険診療報酬支払基金（支払基金）又は埼玉県国民健康保険団体連合会（国保連合会）に医療費を請求し、その支払を受けることとなります。

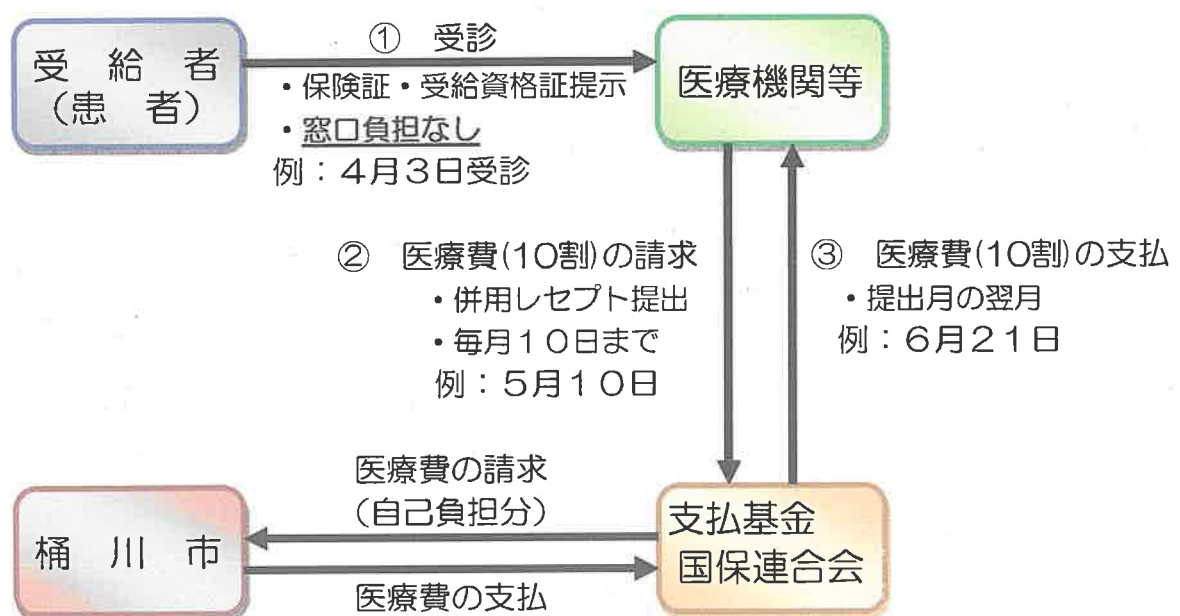
#### ※ 公費負担番号

こども医療費	8	1	1	1	0	3	1	4
重度心身障害者医療費	8	2	1	1	0	3	1	3
ひとり親家庭等医療費	8	3	1	1	0	3	1	2
	法別番号			都道府県番号		実施機関番号		フィッ デジット

#### ※ 公費併用レセプト

各健康保険法に規定された医療費の患者一部負担金を保険者負担分と併せて請求するため、公費負担者番号と受給資格者番号（受給者番号）を記載した診療報酬明細書

#### 公費併用レセプトによる請求の流れ



## (2) 柔道整復、鍼灸・あん摩マッサージの場合

こども医療費・重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の区分ごとに、医療費請求書（現物給付）を作成し、送付書を付けて桶川市に提出してください。

※ 送付書は、償還払い用のものと同じ様式を使用してください。同じ月に償還払いと現物給付の両方がある場合は、それぞれ1枚ずつ送付書を作成願います。

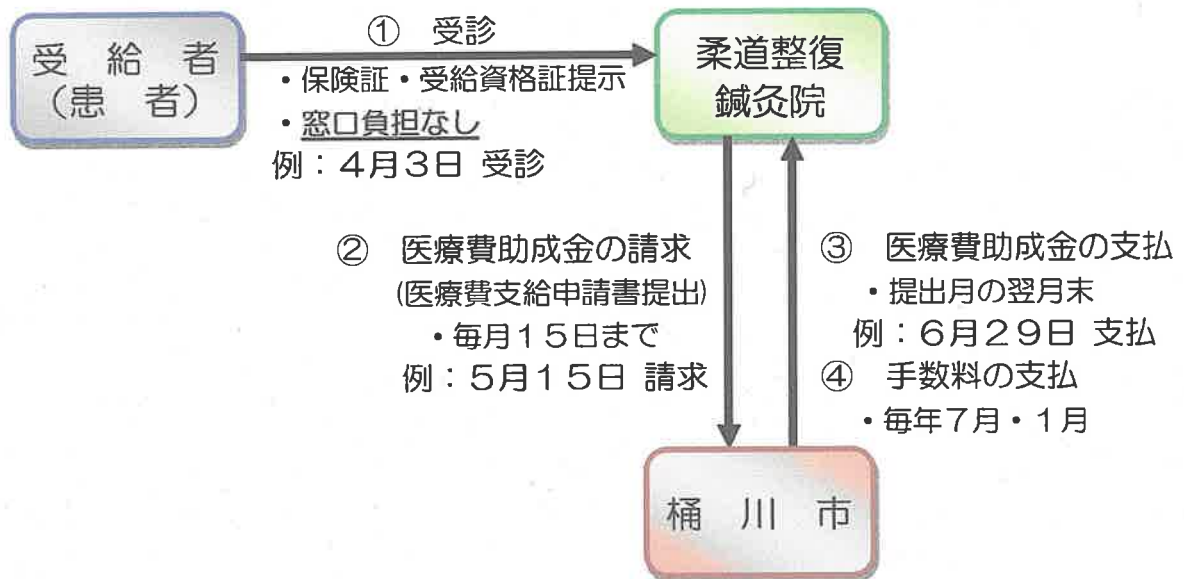
※ 医療費請求書（現物給付）は、診療月の翌月以降に提出願います。

※ 医療費の支払は、毎月15日までにご提出いただいた場合は、提出月の翌月末、毎月16日以降にご提出いただいた場合は、提出月の翌々月末となります。

例：4月診療分 5月 1日～5月15日に提出⇒6月末支払

5月16日～6月15日に提出⇒7月末支払

※ 医療費請求書（現物給付）の作成手数料として、取扱件数1件当たり100円と、一月の郵送料300円を、年2回（7月・1月）に支給します。



## 3 資格の確認方法

受診時に、毎回必ず医療費の受給資格証（又は受給者証）及び健康保険証を確認してください。

### (1) 受給資格証について

現物給付の対象となる受給資格証は、カードサイズのものとなります。

公費負担番号の記載のあるカードサイズの受給資格証の有効期間等を毎回必ず確認してください。

## 現物給付対応の受給資格証（こども医療費）の例

(こ) 桶川市こども医療費受給資格証		県内現物
公費負担番号	81110314	受給者番号1234567
こども氏名	桶川 太郎	
生年月日	平成20年10月10日	
住 所	桶川市泉1丁目3番28号	
対象機関	埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関	
限度額	21,000円	
食事療養費	助成対象外	
有効期間	令和4年10月1日から令和8年3月31日まで	
	令和4年10月1日交付	
		埼玉県桶川市長 印

公費負担番号及び有効期間を  
毎回必ず確認

### (2) 受診時の注意事項

#### ① 受給資格証を忘れて受診した場合

⇒ 国などの公費負担医療の一般的な取扱いに準じます。

- ・ その場では、医療機関等で医療費を領収してください。
- ・ 診療月と同月内に患者が受給資格証を持参し、資格が確認できた場合は、医療機関等の窓口で患者に返金してください。
- ・ 診療月の翌月以降に患者が受給資格証を持参した場合は、医療機関等の窓口で返金せず、償還払いによる医療費の支給となります。申請書を患者に記入してもらい、証明をしていただいた上で桶川市に提出いただくか、領収書を貼り付けて患者ご本人が桶川市に申請書を提出いただくこととなります。

※ 患者や窓口の状況により、いろいろな対応方法が考えられますが、医療機関等の事務手続上最も適した取扱いで、柔軟な対応をお願いします。

#### ② 受給資格が喪失していた場合

患者が受給資格を喪失しているにもかかわらず、有効期限内の受給資格証を提示して受診した場合は、医療機関等では資格喪失を確認することができないため、現物給付の取扱いをせざるを得ません。

この場合の過誤調整は、桶川市と患者との間で行います。ただし、受診時に受給資格証の確認をしていなかった場合は、過誤調整を医療機関等にお願いする場合がありますので、毎回必ず受給資格証の確認をお願いいたします。

### (3) 高額療養費に該当する場合

#### ① 70歳未満の受給者について

- ・ 高額療養費の対象となる自己負担額が21,000円以上の診療については、現物給付の対象外となるため、窓口にて医療費を領収してください。
- ・ 人工透析などの特定疾病（マル長）に該当する方の医療費のうち、保険調剤分については、現物給付の対象外となります。

② 70歳以上75歳未満の受給者について

- ・ 外来8,000円、入院15,000円未満の診療については、現物給付の取扱いをお願いします。高額療養費に該当する診療があった場合は、支払基金、国保連合会、保険者、桶川市で調整いたします。

ただし、人工透析などの特定疾病（マル長）に該当する方の医療費のうち、保険調剤分については、現物給付の対象外となります。

- ※ 他の公費負担医療がある場合は、他法優先から、他の公費負担分を除いて請求願います。

③ 75歳以上の受給者について

- ・ 限度額に上限がないため、保険適用の一部負担金すべてにおいて、現物給付の取扱いをお願いします。

ただし、人工透析などの特定疾病（マル長）に該当する方の医療費のうち、保険調剤分については、現物給付の対象外となります。

- ※ 他の公費負担医療がある場合は、他法優先から、他の公費負担分を除いて請求願います。

(4) 第三者行為

交通事故などの第三者行為に該当する場合は、保険者において保険診療が認められた場合でも、福祉3医療費の対象とはなりません。償還払いでの対応もできませんので、医療費の領収をお願いします。

- ※ 自損事故の場合など、第三者の行為に起因する傷病ではない場合は、現物給付で対応願います。

- ※ 交通事故などであっても、第三者行為に該当せず、福祉3医療費の対象となる場合があります。その判断を医療機関等で行うことは困難であるため、窓口では医療費を領収してください。償還払いで対応できるかどうかの調整は、患者、保険者、桶川市とで行います。

(5) 日本スポーツ振興センターの災害共済給付

学校や保育所などで発生した傷病については、日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となります。その場合は、福祉3医療費の支給対象とはなりませんので、災害共済給付を前提として診療時に費用又は一部負担金を領収していただきますようお願いします。

- ※ 傷病が学校などで発生したものが、診療時に確認をするようお願いします。
- ※ 学校などでの事故と知らずに、既に現物給付として対応した診療で、前月以前の分を遡って災害共済給付の申請を行った場合の過誤調整は、桶川市と患者との間で行います。

## 4 協定について

- (1) 埼玉県内の現物給付を行う内科・歯科・調剤・訪問看護の医療機関  
令和4年10月からは協定せず現物給付が可能となりました。  
ただし、桶川市・上尾市・北本市・伊奈町に所在する医療機関で申請手続簡素化に関する協定が未締結の場合、桶川市と協定の締結をお願いします。
- (2) 上記以外の埼玉県内の柔道整復・鍼灸・あん摩マッサージ院等の医療機関  
桶川市と個別に協定を締結していただくことにより、現物給付が可能となります。なお、桶川市・上尾市・北本市・伊奈町に所在する医療機関は、申請手続簡素化に関することにつきましても、同じ協定に含まれております。

## 5 公費併用レセプト記載時の注意事項

- ① 公費負担者番号①（公費負担①）に公費負担番号を、公費負担医療の受給者番号①（公費受給①）に患者の受給者番号を、それぞれ記載してください。
- ② 現物給付の対象となるのは、保険診療の自己負担額が限度額円未満のもの（レセプト単位）となります。限度額以上のレセプトについては、公費負担の対象となりません（返戻となります）ので、ご注意ください。
- ③ 月の途中で福祉医療費の受給資格を喪失した場合については、併用レセプトの異点数での請求となります。レセプトは1枚で請求してください。  
医療保険単独分（受給資格外）については、患者が医療機関等の窓口で支払うこととなりますので、ご注意ください。
- ④ 同一月内で、現物給付と償還払いの併用はできません。現物給付対応ができない診療の場合は、全額を償還払い対応（レセプト上は通常の診療と同様の取扱い）としてください。

※ 記載方法などレセプトに関するお問い合わせは、支払基金又は国保連合会にお願いいたします。

## 6 医療費請求書（現物給付）の記載時の注意事項

### • 全般的留意事項について

- ① 現物給付（窓口負担なし）で、桶川市に直接医療費を請求する場合に使用するものです。埼玉県内の柔道整復、鍼灸・あん摩マッサージ院が対象となります。併用レセプトを作成している場合や、償還払いの場合は、使用しません。
- ② こども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度心身障害者医療費・（後期）重度心身障害者医療費で用紙を分けて証明をお願いします。
- ③ 件数をまとめた送付書を作成し、添付してください。
- ④ 個人ごと、診療月ごとに証明をお願いします。
- ⑤ 当該診療月における受給者の加入医療保険ごとに証明をお願いします
- ⑥ 同月内に複数回受診した場合は、実際に領収した合計領収額（保険診療の自己負担分）を記入してください。

※ 受診日ごとに一部負担金を計算することから合計領収金額が一致しない場合がありますのでご注意ください。これは、一部負担金を計算する際、1円単位の端数計算をするときに四捨五入するためです。（例：111点×3割＝333円 ⇒ 3円を四捨五入するので、330円）

### • 個々の記入項目について

- ① 提出年月日
- ② 所在地、名称、代表者氏名、代表者印及び電話番号
- ③ 提出枚数
- ④ 受給資格証番号（受給資格証を毎回確認の上、記入してください）
- ⑤ 対象者氏名
- ⑥ 生年月日
- ⑦ 加入保険（該当する項目を○で囲んでください）
- ⑧ 診療年月（左側に年（和号）、右側に月を入力してください）
- ⑨ 入院・外来（該当する項目を○で囲んでください）
- ⑩ 診療日数（入院日数又は外来日数を記入してください）
- ⑪ 保険診療総点数
- ⑫ 他法点数（結核予防法（昭和26年法律第96号）など公費負担分の自己負担額を記入してください）
- ⑬ 保険診療一部負担金（実際に領収した額を記入してください）
- ⑭ 小計（用紙内の件数・金額を合計したものを記入してください）
- ⑮ 合計（同月内に申請したものが複数枚となった場合は、全員分の件数・金額を記入してください）

申請書は、こども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度心身障害者医療費・(後期) 重度心身障害者の4種類ありますので、それぞれ作成してください

様式第4号 (第2条関係)

こども医療費請求書 (現物給付)

2023年 4月15日

桶川市長

所在地 桶川市泉OT目〇〇番〇〇号  
 名称 〇〇〇接骨院  
 代表者氏名 〇 〇 〇 〇  
 電話番号 048-786-0000

提出枚数 1枚のうち 1枚目

受給者番号	こども氏名		加入 保険	診療 年月	入院	外来	診療 日数	保険診療総 点数(点)	他法点数 (点)	※保険診療一 部負担金(円)
	生	年								
1 5012345	桶川 太郎	国保・組合 社保・共済	2	7	1	2	2	12,660		2,530
H 250401										
2 5013579	桶川 紅花	国保・組合 社保・共済	2	7	1	2	3	35,610		10,690
H 211010										
3 5024680	埼玉 一郎	国保・組合 社保・共済	2	5	1	2	1	1,800		540
H 191103										
4 5098765	埼玉 花子	国保・組合 社保・共済	2	6	1	2	6	61,500		18,480
H 180707										
5 5098765	埼玉 花子	国保・組合 社保・共済	2	7	1	2	3	4,680		1,400
H 180707										
6		国保・組合 社保・共済			1	2				
H										
7										
H										
8		国保・組合 社保・共済								
H										
9		国保・組合 社保・共済			1	2				
H										
10		国保・組合 社保・共済			1	2				
H										
小 計	5件	外来 入院	5件 0件							33,640円
合 計	5件	外来 入院	5件 0件							30,070円

月ごとに分けて  
記入してください

柔道整復、鍼灸・あん摩  
マッサージ院の場合、  
総金額(10割)  
を記入してください

点数×自己負担割合では  
なく、実際の領収金額  
(10円未満四捨五入後  
の金額の合計額)  
を記入してください

現物給付の対象となるのは、保険診療一部負担金が21,000円未満の診療(レセプト単位)です。

市処理欄	支払	年 月 日	処理
	通知	年 月 日	

### Ⅲ 支給申請書の提出手続の簡素化事業

医療機関等と桶川市とが協定を締結し、福祉3医療費の受給者が、医療費の支給申請書を市役所窓口へ直接持参しなくても、医療機関等の窓口で支給申請書を提出し、受け取った医療機関等が桶川市に支給申請書を提出する制度です。

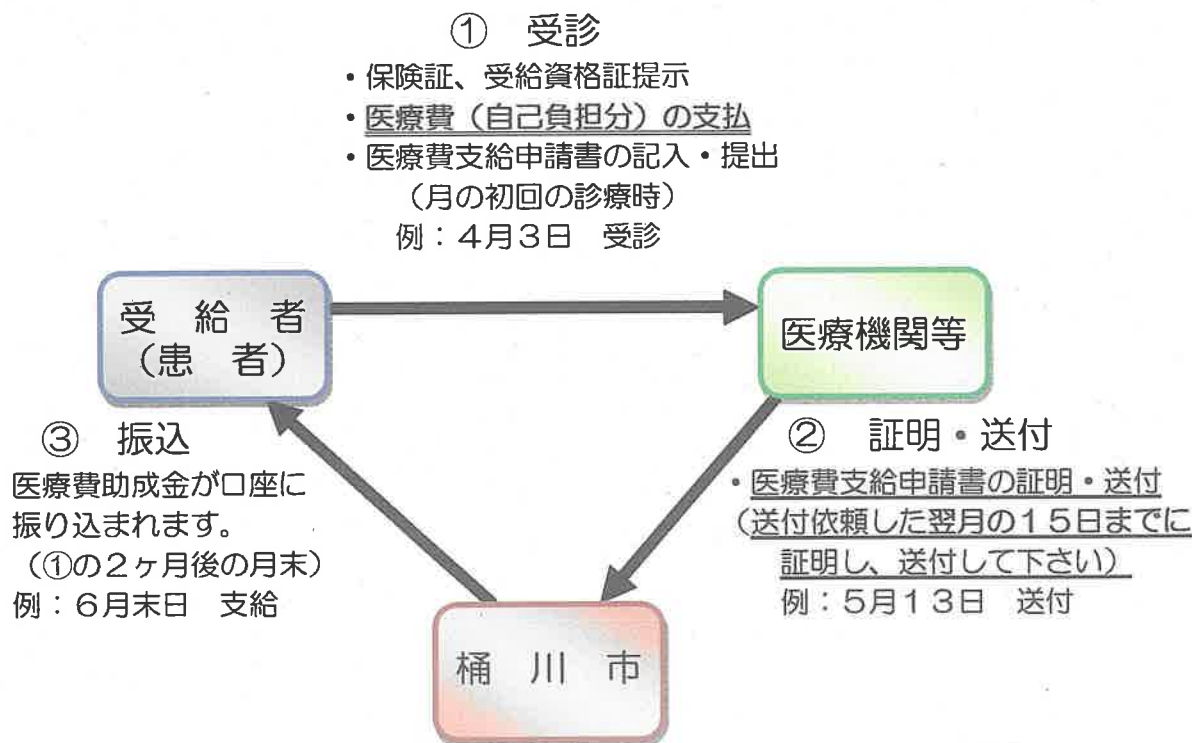
桶川市では、桶川市、上尾市、北本市又は伊奈町に所在し、かつ、この簡素化事業にご協力いただき協定を締結した医療機関等に対し、取扱件数1件当たり100円と一月の郵送料300円を、取扱手数料として年2回（7月、1月）支払います。

なお、桶川市における福祉3医療費支給制度は、現物給付又は償還払いによる助成を行っております。桶川市内の協定医療機関等で、現物給付が適用できる場合は、現物給付を優先してください。現物給付が適用できないもののみ、償還払いでの対応をお願いします。

※ 償還払いとは、受給者が医療機関等に受診した場合、窓口で保険診療一部負担金（自己負担分）を支払ったあとで、支給申請書を提出することによって、市が受給者へ支払をするものです。

#### 1 手続の流れ

受給者（患者）から医療費（自己負担分）の支払を受け、医療費支給申請書を預かって、その申請書を桶川市にご提出いただきます。





## 2 申請書を預かる前に

申請書を預かる時には、保険証と福祉3医療費のいずれかの受給資格証を提示してもらい、桶川市の福祉3医療費の対象者であることを必ずご確認ください。（対象年齢外の方や、他市町村に転出した方の申請書が誤って送付されることがあります。このような場合には、申請書は受給資格者に返却し、送付書の件数を差し引かせていただきますので、ご了承ください。）

## 3 申請書記入欄について

申請者記入欄には次のような記入項目があります。

- (1) 申請年月日
- (2) 受給資格者の連絡先について（住所・氏名・電話番号）
- (3) 対象者について（受給資格証番号・氏名・生年月日）
- (4) 加入医療保険について（被保険者名・保険証記号番号・保険組合名称）
- (5) 市町村民税の課税状況（不明の場合は、無記入でも可）

### ※ 誤記、記入漏れ等について

申請書を預かるときに気づいた場合、正しく記入されるようご案内ください。患者さんがお帰りになった後で誤記が判明したものについては、そのまま桶川市に送付して下さって結構です。後日、桶川市から受給者に確認します。

### ※ 申請書について

旧式タイプの申請書や色付の紙ではなく、コピー用紙（コピーしたもの）で患者さんが提出されてもそのまま受付けてください。

## 4 医療機関等記入欄について

- ※ 領収書を添付される場合は、1 受診者名 2 診療月 3 保険診療総点数 4 領収金額 5 医療機関等の名称など 6 代表者名及び押印 の記載があるもののみ、証明として取り扱います。

## こども医療費支給申請書

# 1

### 全般的留意事項について

- ① 償還払いの申請（窓口で保険診療の自己負担額を領収した場合）に使用するものです。現物給付となった場合は、申請書の記載は不要です。
- ② 個人ごと、診療月ごとに証明をお願いします。
- ③ 総合病院の場合は、医科・歯科別に証明をお願いします。  
（診療科又は医科・歯科の区分を明記してください。）
- ④ 同一月に入院と通院があった場合は、別用紙に証明をお願いします。
- ⑤ 当該診療月における受給者の加入医療保険ごとに証明をお願いします
- ⑥ 同月内に複数回受診した場合は、実際に領収した合計領収額（保険診療の自己負担分）を記入してください。

※ 受診日ごとに一部負担金を計算することから合計領収金額が一致しない場合がありますのでご注意ください。これは、一部負担金を計算する際、1円単位の端数計算をするときに四捨五入するためです。（例：111点×3割＝333円 ⇒ 3円を四捨五入するので、330円）

# 2

### 個々の記入項目について

- ① 入院・外来（該当する方を○で囲み、入院日数又は外来日数を記入してください。）
- ② 診療科（総合病院又は医科・歯科のある医院の場合はご記入ください。）
- ③ 保険診療総点数
- ④ 診療年月（記入漏れが多いため、お忘れのないようお願いします。）
- ⑤ 保険診療領収金額（診療総点数相当額）
- ⑥ 他法負担分点数（結核予防法（昭和26年法律第96号）など公費負担で支払われる額を点数で記入してください。）
- ⑦ 証明した年月日
- ⑧ 患者氏名
- ⑨ 医療機関等の所在地、名称、代表者名、代表者印及び電話番号

こども医療費支給申請書(償還払)

〇〇年〇月〇〇日

桶川市長

住所 桶川市泉1-3-28  
氏名 紅花 太郎  
電話 048(786)3211

次のとおり医療費を申請します。

対象の こと	受給者番号	1234567	加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	紅花 太郎
	ふりがな	へにばな はなこ		市区町村民税の状況	課税・非課税
	氏名	紅花 花子		記号番号	桶08-1234
	生年月日	平成〇年〇月〇〇日		名称	桶川市

義式第4号(第6条関係)

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書

入院 日 外来 2 日  
総合病院の場合 内科

保険診療総点数 1,000 点

他法負担分点数 (結核予防法等) 点

ただし、〇〇年〇月分保険診療総点数

保険診療分領収金額 3,000 円

入院時食事療養標準負担額は含まない。

〇〇年〇月〇〇日

紅花 花子 様

医療機関等  
所在地(住所) 〇〇市泉〇-〇-〇〇  
名称 〇〇 医院  
氏名 〇〇 〇〇 印  
電話番号 048(〇〇〇)〇〇〇〇

課税区分	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金
	円	円	円

償還払い用の申請書です。  
(窓口で医療費の支払があったとき)

※領収書を添付の際は、この位置にホチキスでとめてください。  
(受診された方の氏名や右の内容が記載されているものに限ります。)

## ひとり親家庭等医療費支給申請書

# 1

### 全般的留意事項について

- ① 償還払いの申請（窓口で保険診療の自己負担額を領収した場合）に使用するものです。現物給付となった場合は、申請書の記載は不要です。
- ② 対象者ごと、診療月ごとに証明をお願いします。
- ③ 総合病院の場合は、医科・歯科別に証明をお願いします。  
（診療科又は医科・歯科の区分を明記してください。）
- ④ 同一月に入院と通院があった場合は、別用紙に証明をお願いします。
- ⑤ 該診療月における受給者の加入医療保険ごとに証明をお願いします。
- ⑥ 同月内に複数回受診した場合は、実際に領収した合計領収額（保険診療の自己負担分）を記入してください。

※ 受診日ごとに一部負担金を計算することから合計領収金額が一致しない場合がありますのでご注意ください。これは、一部負担金を計算する際、1円単位の端数計算をするときに四捨五入するためです。（例：111点×3割＝333円 ⇒ 3円を四捨五入するので、330円）

# 2

### 個々の記入項目について

- ① 入院・外来（該当する方を○で囲み、入院日数又は外来日数を記入してください。）
- ② 診療科（総合病院又は医科・歯科のある医院の場合はご記入ください。）
- ③ 保険診療総点数
- ④ 診療年月（記入漏れが多いため、お忘れのないようお願いします。）
- ⑤ 保険診療領収金額（診療総点数相当額）
- ⑥ 他法負担分点数（結核予防法（昭和26年法律第96号）など公費負担で支払われる額を点数で記入してください。）
- ⑦ 証明した年月日
- ⑧ 患者氏名
- ⑨ 医療機関等の所在地、名称、代表者名、代表者印及び電話番号

ひとり親家庭等医療費支給申請書 (償還払)

〇〇年〇月〇〇日

桶川市長

住所 桶川市泉1-3-28  
氏名 紅花 桜子  
電話 048 (786) 3211

次のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者番号	0123456	加入医療保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	紅花 桜子
	ふりがな	へにばな ももこ		市区町村民税の状況	課税・非課税
	氏名	紅花 桃子	記号番号	桶09-1234	
	生年月日	平成〇〇年〇月〇〇日	名称	桶川市	

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領収書

入院	日	外来	1日
総合病院の場合		内科	

保険診療総点数	500	点
---------	-----	---

他法負担点数 (結核予防法等)		点
--------------------	--	---

ただし、〇〇年〇月分保険診療総点数

保険診療分領収金額	1,500	円
-----------	-------	---

入院時食事療養標準負担額は含まない。

〇〇年〇月〇〇日

医療機関等

所在地 (住所) 〇〇市泉〇-〇-〇〇

名称 〇〇クリニック

氏名 〇〇〇〇 ㊟

電話番号 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇

紅花 桃子 様

課税区分	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金
	円	円	円

支給金 円

(窓口で医療費の支払があったとき) 償還払い用の申請書です。

(受診された方の氏名や右の内容が記載されているものに限ります。) ※領収書を添付の際は、この位置にホチキスでとめてください。

## 重度心身障害者医療費支給申請書

# 1

### 全般的留意事項について

(65歳未満の受給者又は65歳以上で後期高齢者医療制度へ非加入の方)

- ① 償還払いの申請(窓口で保険診療の自己負担額を領収した場合)に使用するものです。現物給付となった場合は、申請書の記載は不要です。
- ② 個人ごと、診療月ごとに証明をお願いします。
- ③ 総合病院の場合は、医科・歯科別に証明をお願いします。  
(診療科又は医科・歯科の区分を明記してください。)
- ④ 同一月に入院と通院があった場合は、別用紙に証明をお願いします。
- ⑤ 当該診療月における受給者の加入医療保険ごとに証明をお願いします。
- ⑥ 同月内に複数回受診した場合は、実際に領収した合計領収額(保険診療の本人負担分)を記入してください。

※ 受診日ごとに一部負担金を計算することから合計領収金額が一致しない場合がありますのでご注意ください。これは、一部負担金を計算する際、1円単位の端数計算をするときに四捨五入するためです。(例: 111点 × 3割 = 333円 ⇒ 3円を四捨五入するので、330円)

# 2

### 個々の記入項目について

(65歳未満の受給者、65歳以上で後期高齢者医療制度へ非加入の方)

- ① 入院・外来(該当する方を○で囲み、入院日数又は外来日数を記入してください。)
- ② 診療科(総合病院又は医科・歯科のある医院の場合はご記入ください。)
- ③ 領収額(診療総点数相当額)
- ④ 診療年月(記入漏れが多いため、お忘れのないようお願いします。)
- ⑤ 他法本人負担金(結核予防法(昭和26年法律第96号)など公費負担分の本人負担金額を記入してください。)
- ⑥ 保険診療総点数
- ⑦ 他法負担分点数(結核予防法など公費負担で支払われる額を点数で記入してください。)
- ⑧ 証明した年月日
- ⑨ 患者氏名
- ⑩ 医療機関等の所在地、名称、代表者名、代表者印及び電話番号

償還払い用の申請書です。  
(窓口で医療費の支払があったとき)

## 重度心身障害者医療費支給申請書 (償還払)

△△ 年 △ 月 △ 日

桶川市長

住 所 桶川市泉1-3-28

氏 名 紅花 花子

電 話 048 (786) △△△△

次のとおり、桶川市重度心身障害者医療費支給条例第7条の規定に基づき申請します。

一部負担金の額	円	附加給付等の額	円	支 給 額	円
内訳 保険診療	円				
その他	円				
		高額療養費の額	円		

受 給 者	受給者番号	2 3 4 5 6 7 8	加 入 医 療 保 険	被保険者等の氏名	紅花 太郎
	ふりがな	べにばな はなこ		市区町村民税の状況	(課税) ・ 非課税
	氏 名	紅花 花子		記号番号	△△△△△-△△
	生年月日	(昭) △△年 △月 △日 平		名 称	△△△△△健康保険組合 電話 123 (456) 7890

(注) 上部申請書欄 (太線枠内) は、申請者が記入してください。

※ 領収書を添付の際は、この位置にホチキスでとめてください。

入院	日	(外来)	3	日
総合病院の場合			科	

### 領 収 書

¥ 3,360

ただし、△△年△月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円を含む。) 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。

保険診療総点数	1,120	点	他法負担点数	点
---------	-------	---	--------	---

証明記入日  
△△年△月△日

患者氏名  
紅花 花子 様

医療機関等所在地(住所) 桶川市加納△△△  
 名 称 △△△病院  
 氏 名 △△ 一男 (印)  
 電話番号 △△△ (△△△) △△△△

(注) 1 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。  
 2 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

## (後期) 重度心身障害者医療費支給申請書

# 1

### 全般的留意事項について

(75歳以上の受給者、65歳以上で後期高齢者医療制度へ加入した方)

- ① 償還払いの申請(窓口で保険診療の自己負担額を領収した場合)に使用するものです。現物給付となった場合は、申請書の記載は不要です。
- ② 個人ごと、診療月ごとに証明をお願いします。
- ③ 総合病院の場合は、医科・歯科別に証明をお願いします。  
(診療科又は医科・歯科の区分を明記してください。)
- ④ 同一月に入院と通院があった場合は、別用紙に証明をお願いします。
- ⑤ 当該診療月における受給者の加入医療保険ごとに証明をお願いします。
- ⑥ 同月内に複数回受診した場合は、実際に領収した合計領収額(保険診療の本人負担分)を記入してください。

※ 受診日ごとに一部負担金を計算することから合計領収金額が一致しない場合がありますのでご注意ください。これは、一部負担金を計算する際、1円単位の端数計算をするときに四捨五入するためです。(例、111点×1割=111円 ⇒ 1円を四捨五入するので、110円)

# 2

### 個々の記入項目について

(75歳以上の受給者、65歳以上で後期高齢者医療制度へ加入した方)

- ① 入院・外来(該当する方を○で囲み、入院日数又は外来日数を記入してください。)
- ② 診療科(総合病院又は医科・歯科のある医院の場合はご記入ください。)
- ③ 領収額(診療総点数相当額)
- ④ 診療年月(記入漏れが多いため、お忘れのないようお願いします。)
- ⑤ 他法本人負担金(結核予防法(昭和26年法律第96号)など公費負担分の本人負担金額を記入してください。)
- ⑥ 保険診療総点数
- ⑦ 他法負担分点数(結核予防法など公費負担で支払われる額を点数で記入してください。)
- ⑧ 証明した年月日
- ⑨ 患者氏名
- ⑩ 医療機関等の所在地、名称、代表者名、代表者印及び電話番号



(後期) 重度心身障害者医療費支給申請書 (償還払)

△△年 △月 △日

桶川市長

住所 桶川市泉1-3-28

氏名 紅花 花子

電話 048(786)△△△△

次のとおり、桶川市重度心身障害者医療費支給条例第7条の規定に基づき申請します。

一部負担金の額	円	附加給付等の額	円	支給額	円
内訳 保険診療	円	高額療養費の額	円		
その他	円				

受給者	受給者番号	4567890	加入医療保険	被保険者等の氏名	本人
	ふりがな	べにばな はなこ		市区町村民税の状況	課税 ・ 非課税
	氏名	紅花 花子		記号番号	39112313
	生年月日	明大 △△年 △月 △日		名称	埼玉県後期高齢者医療広域連合 電話 ( )
				後期高齢者医療被保険者番号	0123456

(注) 上部申請書欄 (太線枠内) は、申請者が記入してください。

※ 領収書を添付の際は、この位置にホチキスでとめてください。

入院	日	外来	10日
総合病院の場合			科

領 収 書

¥ 3,150

ただし、△△年 △月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円を含む。) 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。

保険診療総点数	3,149 点	他法負担分点数	点
---------	---------	---------	---

証明記入日

△△年 △月 △日

患者氏名

紅花 花子 様

医療機関等所在地(住所) 桶川市上日出谷△△△△

名称 △△△歯科医院

氏名 △△ 一男 ㊟

電話番号 048(786)△△△△

(注) 1 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。  
2 この申請書は、後期高齢者医療制度加入者に係る医療費を申請する場合に記入してください。

## 5 送付書について

### (1) 送付書のつけ方

- ① 償還払い分と現物給付分とで分けて(それぞれ1枚)使用してください。  
※ 現物給付分で送付書を使う場合は、医療費請求書(現物給付)を使用する場合のみです。柔道整復、鍼灸・あん摩マッサージ院が対象となります。
- ② 送付書は送付1回につき1枚使用します。複数の診療月分をまとめて提出する場合も1枚の用紙に記入してください。
- ③ 取扱開始以前のもの、再提出のものは、預かっていただいた場合でも送付件数には含まれませんのでご注意ください。(これらのものは、基本的には受給者本人から申請していただくものです。)
- ④ 2枚複写になっていますので、1枚目の(医療機関控)を取って、残り1枚を送付してください。
- ⑤ 診療月の翌月15日までに送付してください。翌月16日以降に送付いただいた場合は、翌月分の取扱いとなります。

### (2) 記入事項

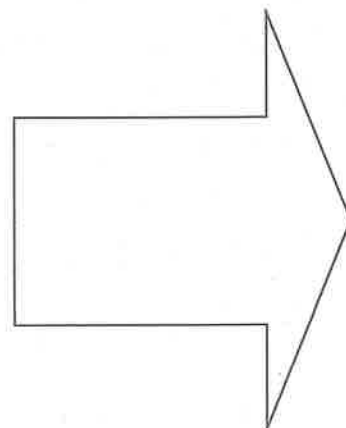
- ① 提出年月日
- ② 医療機関等の所在地、名称、代表者名、代表者印及び電話番号
- ③ 提出年月  
※ 「診療した月」ではなく、「桶川市に送付する月」を記入してください。  
(例：7月診療分を8月に送付するときは「08」と記入してください。)
- ④ 各申請書の件数  
※ 取扱開始以前の診療のもの、再提出のものは件数に含めないでください。  
※ 医療機関等記入欄の内容確認のため、返送したものを再度送付するときも同様です。これらのものの送付は一緒にしていただいてもかまいません。  
※ 件数が0のものは0件である旨を確認する為に「0」を入れてください。  
※ 当月に申請が1件もない場合には、送付書のみの送付は不要です。

**※ 右の記入例は以下の内容の場合です。**

送付する日 令和2年4月

(※申請書の内容)

令和2年3月診療分	こども	2件
	ひとり親家庭等	3件
	重度心身障害者	4件
	(老)重度心身障害者	1件
令和2年2月診療分	こども	1件
令和2年1月診療分	こども	1件
令和元年12月診療分	こども	1件



# 送 付 書 (医療機関控)

〇〇年 〇 月 〇〇日

桶 川 市 長

住 所 〇 〇市〇〇1-2-3

医療機関名 〇 〇 クリニック

氏 名 〇 〇 〇 〇

電 話 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇

〇2年 4月提出分

①こども医療費支給申請書     5 件

②ひとり親家庭等医療費支給申請書     3 件

③重度心身障害者医療費支給申請書     4 件

④(後期)重度心身障害者医療費支給申請書     1 件

計     13 件

## 6 協定について

### (1) (社)桶川北本伊奈地区医師会、(社)埼玉県北足立歯科医師会、埼玉県薬剤師会桶川支部、桶川市接骨師会の会員医療機関等

桶川市と各師会とで、現物給付及び申請手続簡素化に関する協定を締結しています。各医療機関等は、承諾書を提出することで、申請手続の簡素化を行うことができます。

※ 桶川市内の医療機関等につきましては現物給付に関する承諾と一緒に、桶川市外の医療機関等につきましては申請手続簡素化に関する承諾のみをしていただくこととなります。

### (2) 上記師会の非会員の医療機関等

桶川市・上尾市・北本市・伊奈町に所在する医療機関等は桶川市と個別に協定を締結していただくことにより、申請手続の簡素化を行うことができます。

※ 桶川市・上尾市・北本市・伊奈町に所在する柔道整復・鍼灸・あん摩マッサージ院につきましては、現物給付に関することにつきましても、同じ協定に含まれております。

## IV Q&A

### I 現物給付の取扱いに関するQ&A

福祉3医療費の適用の可否に関する事項も掲載しておりますので、償還払いを適用する場合についてもご参照ください。

#### (1) 制度・窓口での対応に関するもの

Q1 現物給付の対象となる診療はどのようなものですか？

A1 次の条件にすべて合致するものに対する、保険診療の自己負担金額分（入院時食事療養負担額を除く。）となります。

- ① 桶川市の福祉3医療費の受給資格者に対する診療（受給資格証の提示があったもの）
- ② 埼玉県内の医療機関等を受診したもの
- ③ 対象となる医療費（保険診療の本人負担額）について、一医療機関等での同月内の累計本人負担額（レセプト単位）が限度額未満のもの
- ④ 他の制度により医療費の助成・給付（高額療養費・災害共済給付・第三者行為など）がないもの

Q2 患者が受給資格証を忘れた場合など、受給資格の確認ができなかった場合でも現物給付の対象となりますか？

A2 現物給付の対象とはなりません。患者に受給資格があったとしても、償還払いでの対応をしてください。ただし、次回の受診時に遡及して確認できた場合などは、現物給付扱いとしていただいても結構です。可能な限り柔軟な対応をお願いいたします。

Q3 受給資格証の確認は、受診のつど行わなければいけませんか？

A3 必ず、受診のつど確認してください。受給資格がない患者に対して現物給付をした場合で、医療機関等で受給資格証を確認していなかったことが判明した場合は、返戻の対象となることがあります。

Q4 受給資格の確認を市役所に電話照会することはできますか？

A4 患者の氏名及び生年月日をお伝えいただければ可能です。子ども未来課（こども医療費・ひとり親家庭等医療費）又は障害福祉課（重度心身障害者医療費）までお問い合わせください。

Q5 同一月内に、受給資格証を確認できた診療と確認できなかった診療がありました。その場合は、受給資格証を確認できた日の診療のみ現物給付扱いとしてよろしいですか？

A5 同一月内で現物給付と償還払いを併用することはできません。患者が受給資格証を忘れていても、次回の受診時に遡及して確認できた場合など、受診日現在で福祉3医療費の対象者と判明した場合は、現物給付扱いとしていただいても結構です。可能な限り柔軟な対応をお願いいたします。

Q6 月の途中で桶川市外に転入・転出した場合はどうなるのですか？

A6 桶川市に住所を有する期間中は、福祉3医療費の対象となります。次のように取り扱ってください。

① 公費併用レセプトで請求する場合

（医科・歯科・保険調剤・訪問看護ステーション）

⇒ 国保加入者はレセプトが異なるので、桶川市国保分のレセプトについてのみ、桶川市の公費負担の記載をお願いします。

社保加入者については、レセプトの診療実日数、療養の給付欄など、それぞれの「保険」と「公費①」に、転入・転出に対応した日数・点数を記載してください。

② 医療費請求書（現物給付）で請求する場合

（柔道整復、鍼灸・あん摩マッサージ院）

⇒ 桶川市に住所を有している期間中の診療の点数と金額を、請求書に記載してください。

Q7 診療科が異なる場合の限度額の判定はどうなりますか？

A7 レセプト単位での判定となります。医科診療内での複数診療科の受診については、すべて合計したときの保険診療の自己負担金額分が限度額未満である場合、現物給付の対象となります。

判定は、レセプト単位（保険医療機関別、入院・外来別、医科・歯科別、月別、個人別、加入健康保険別）となります。医科と歯科を両方受診した場合は、別個に判定をしてください。

Q8 現物給付で対応していた患者が、その後の診療で自己負担額が限度額以上となってしまった場合はどうすればよいですか？

A8 その月の分全額について、現物給付の対応はできません。償還払いでの対応となりますので、窓口負担をしてもらっていない同月内の過去の診療分についても、窓口にて保険診療の自己負担分を領収してください。

Q9 現物給付で対応していたが、点数の再計算をした結果、自己負担額が限度額以上となってしまった場合はどうすればよいですか？

A9 その月の分全額について、現物給付の対応はできません。償還払いでの対応となりますので、窓口負担をしてもらっていない同月内の過去の診療分についても、窓口にて保険診療の自己負担分を領収してください。

Q10 入院の場合の現物給付対応は？

A10 入院の場合でも、保険診療の自己負担金額が限度額未満の場合は、現物給付の対象となります。ただし、保険外の費用や、入院時食事療養負担額については、福祉3医療費の助成対象ではありませんので、窓口にて費用を領収してください。

限度額以上の診療については、償還払いでの対応をお願いします。

Q11 高額療養費の限度額適用認定証を提示された場合は？

A11 現物給付の対象となるのは、保険診療の自己負担分が限度額未満の診療となります。そのため、高額療養費の支給対象となる診療で、かつ、現物給付の対象となるのは、特定疾病（マル長）の方を除くと、後期高齢者医療加入の受給者のみとなります。

このうち、社会保険加入者については、厚生労働省の通知により世帯一般で高額療養費を計算してください。また、国民健康保険加入者については、所得区分に応じて計算してください。

特定疾病（マル長）の方については、Q12をご参照ください。

Q12 特定疾病（マル長）該当者は現物給付の対象となりますか？

A12 人工透析など特定疾病（マル長）の該当者の場合、自己負担限度額が21,000円未満となりますので、医科分については対象となります。

（70～74歳は8,000円未満の場合のみ）。保険調剤分については、ほとんどが高額療養費に該当することとなるため、現物給付の対象外としています。特定疾病（マル長）該当者の保険調剤分については、まず、加入されている保険組合に高額療養費の申請をしていただき、それでもなお自己負担額が残る場合に福祉医療費の対象となる旨と、その場合は償還払いでの対応となることを説明してください。

Q13 現物給付として対応した場合、領収書は発行しますか？

A13 現物給付に係る分の領収書は発行しないでください。償還払い対応となった場合や、保険外の自己負担分、入院時食事療養負担額など、現物給付とならない分の領収書のみ発行してください。

Q14 埼玉県外の医療機関等で受診した分の処方箋でも現物給付の対象となりますか？

A14 桶川市内の保険調剤分であれば、現物給付の対象となります。



Q15 過去の診療分について、現物給付を行うことは可能ですか？

A15 診療日時点で福祉3医療費の資格を持っている患者の現物給付対象となる診療であれば、可能です。ただし、時効は3年となります。時効の起算日は次のとおりですので、返戻があった場合などについてはご注意ください。

- ① 支払基金・国保連に併用レセプトにて請求する場合
  - ・ 社会保険の場合・・・診療月の翌月1日
  - ・ 国民健康保険の場合・・・診療月の翌々々月1日
- ② 桶川市に直接請求する場合・・・診療月の翌月1日

※ 償還払いの時効は、医療費の領収日の翌日から起算して5年となります。

※ 既に償還払いとして患者に福祉3医療費を支給している診療については、現物給付に切り替えることはできませんのでご注意ください。

Q16 他の公費負担がある場合は？

A16 他の公費を優先してください。他の公費負担制度の中で保険診療に係る自己負担金がある場合は、その自己負担分についてのみ現物給付の対象としてください。

Q17 交通事故によるけがなどの医療費は、現物給付の対象となりますか？

A17 交通事故・けんかなどでけがなどをした場合は、第三者行為に該当する可能性があります。該当の場合は、福祉3医療費の対象となりません。受診時に交通事故やけんかなど、第三者の行為に起因するけがなどであることが判明しましたら、現物給付とはせず、窓口で医療費を領収してください。また、健康保険を利用できる場合であっても、少しでも第三者行為の疑いがある場合は、現物給付の取扱いはしないでください。結果として第三者行為ではなかった場合は、患者、保険者及び桶川市で調整し、償還払いでの対応を検討いたします。

※ 交通事故であっても、自損事故など第三者がいな事故の場合は、第三者行為の該当とはなりません。現物給付での対応をお願いします。

Q18 学校や保育所などで発生したけがなどの医療費についても現物給付の対象となりますか？

A18 学校や保育所などで発生したけがなどについては、日本スポーツ振興センターの災害共済給付（いわゆる学校保険）の該当となる可能性があります。該当の場合は、福祉3医療費の対象とはなりません（災害共済給付が優先となります。）受診時に学校活動中のけがなどであることが判明しましたら、現物給付とはせず、窓口で医療費を領収してください。また、患者が災害共済給付の申請をしないと申し出た場合でも、現物給付の取扱いはしないでください。償還払いでの対応となります。

既に現物給付対応とした分で、後日学校などでの事故であることが判明した場合は、次のいずれかの対応をお願いいたします。

- ① 同月内など、精算可能な場合は、窓口で医療費を領収してください。
- ② 精算が間に合わない場合は、桶川市と患者との間で過誤調整を行いますが、次の点にご協力をお願いいたします。

ア 日本スポーツ振興センターの様式「医療等の状況」の下にある「公費負担医療制度」に関する部分については、記入しないでください。

イ 災害共済給付の対象となった旨について、お電話などで桶川市にご連絡をお願いいたします。

## (2) 医療費請求事務に関するもの

Q1 福祉3医療費の支払はどこからとなるのでしょうか？

A1 公費併用レセプトで請求した分（医科・歯科・保険調剤・訪問看護ステーション）については、請求先の支払基金又は国保連合会を通じて支給となります。

また、医療費請求書（現物給付）を桶川市に提出した分（柔道整復、鍼灸・あん摩マッサージ院）については、桶川市から支給となります。

Q2 福祉3医療費の支払日はいつになりますか？

A2 公費併用レセプトで請求した分（医科・歯科・保険調剤・訪問看護ステーション）については、保険者負担分と併せてレセプト請求月の翌月の診療報酬支払日（診療月の翌々月）になります。

また、医療費支給申請書（現物給付）を桶川市に提出した分（柔道整復、鍼灸・あん摩マッサージ院）については、請求月の翌月末（15日以降に提出した場合は、翌々月末）となります。

Q3 レセプトや医療費請求書（現物給付）が返戻となる場合がありますか？

A3 レセプトに関しては、支払基金・国保連合会での通常の審査もありますが、桶川市でも、レセプト及び医療費請求書（現物給付）について審査を行います。その際、返戻（支給対象外）の対象となるものは、次のとおりです。

- ① 福祉3医療費の資格取得履歴のない者の診療に係るもの
- ② 氏名相違・生年月日相違などで、個人が特定できないもの
- ③ 資格期間外に受診したことが明らかであるもの  
（資格取得日前、年齢到達後など、受給資格証に記載された有効期間外であることが明らかであるもの）
- ④ 受診時に受給資格証の確認を行っていないと思われるもの  
（桶川市で受給資格証を回収した後に受診したもの）
- ⑤ 保険診療の自己負担額が限度額以上のもの（支払基金・国保連合会での返戻となる場合もあります。）
- ⑥ その他（個別具体の判断となります。）

返戻の対象となった場合で、再申請できないもの（福祉3医療費の助成対象外のもの）についての過誤調整は、医療機関等と患者の間でお願いすることとなります。受給資格証の確認などは受診のつど、毎回行うようお願いいたします。

なお、医療機関等の責によらない理由（上記①～⑥以外）により、受給資格のない者や現物給付の対象外の者に対して現物給付の対応をした場合の過誤調整は、桶川市と患者との間で行います。

## 2 申請手続の簡素化に関するQ&A

Q1 償還払いの対象となる診療はどのようなものですか？

A1 次の条件にすべて合致するものに対する、保険診療の自己負担金額分（入院時食事療養負担額を除く。）となります。

- ① 桶川市の福祉3医療費の受給資格者に対する診療（受給資格証の提示があったもの）
- ② 現物給付の対象とならないもの
- ③ 他の制度により医療費の助成・給付があるもの（高額療養費・災害共済給付・第三者行為など）

Q2 償還払いの対応とする際の基本的な手続の流れを教えてください。

A2 医療機関等で証明をしていただく場合は、次のような流れとなります。

- ① 患者が受診。その際、保険診療の自己負担額等については、一般患者と同様に領収して、領収書も発行してください。
- ② 患者から福祉3医療費の申請書を預かる。
- ③ 診療月の終了後、預かった申請書に必要事項を記載する（診療区分、診療日数、診療年月、点数、金額、患者名、医療機関等の名称、押印など。記載例を参照願います。）。
- ④ 送付書を添付して、診療月の翌月15日までに桶川市に提出する。
- ⑤ 提出月の翌月末に、桶川市から患者に福祉医療費が支給される。
- ⑥ 毎年7月と1月に、手数料が医療機関等に振り込まれる。

Q3 診療内容について証明する際は、桶川市所定の申請書に直接記載しなければいけませんか？

A3 原則として、申請書に直接ご記入をお願いしておりますが、申請書に記載をお願いする事項について網羅した用紙（月間領収書など）を貼付してご提出いただいても結構です。

Q4 現物給付の対応をしているので、償還払いに該当する診療については、患者に直接市役所に医療費の申請をするよう伝えればよいですか？

A4 現物給付の対象とならない診療のうち、福祉3医療費の対象となるもの（保険診療の自己負担額がレセプト1件当たり限度額以上の診療）につきましては、引き続き、申請手続簡素化にご協力をお願いいたします。

Q5 過去の診療分について、遡って申請することは可能ですか？

A5 可能ですが、申請には時効がありますのでご注意ください。償還払いによる時効は、次のとおりとなります。

① 医療機関等から申請書を提出いただく場合（申請手続簡素化）

⇒診療月の翌月1日から5年間

② 患者が直接市役所に申請書を提出する場合

⇒医療費を支払った日の翌日から5年間

過去に診療した分の申請をいただく場合、既に福祉医療費の支給済のものが多くありますので、重複して申請しないよう確認をお願いいたします。

Q6 医療費の申請書を、窓口に置いておく必要はありますか？

A6 患者の利便のため、窓口に置いておくか、すぐにお渡しできる状態にしておくようお願いします。

申請時に必要な書類については、桶川市にご連絡いただければ随時お送りいたします。

不明な点がございましたら、お問い合わせください。

**<お問い合わせ先>**

〒 363-8501 桶川市泉1丁目3番28号

桶川市 子ども未来課

障害福祉課

電話 048-786-3211 (代表)

FAX 048-786-5882

