

1. 子育て支援医療費助成の概要

1. 医療費の助成を受けられる方は

金沢市に住民登録があり、国民健康保険または社会保険に加入している子どもの保護者です。

ただし、生活保護を受けている方を除きます。

2. 助成の対象年齢・期間

お子さんの誕生日（または転入日）から中学3年生（満15歳になった日以後の最初の3月末日）までです。

3. 助成対象

健康保険が適用された入院・通院医療費です。

※助成対象外となる費用の例

自費診療分、健康診断の費用、予防接種の費用、分娩費用、おむつ代、薬の容器代、文書料、入院中の食費、選定療養（差額ベッド代、紹介なしの200床以上の病院の初診料等）

4. 所得制限

なし

5. 助成方法

「現物給付方式」と「償還払い方式」の2種類あります。

6. 1か月の自己負担上限額は、1,000円です。

医療機関（保険医療機関、保険薬局）における窓口負担額は

○現物給付方式の場合、次のとおり・・・・・・・・・・①

入院：1レセプトあたり1,000円
通院：1医療機関あたり1日500円以内
調剤：無料（保険薬局における保険調剤）

○償還払い方式の場合、保険診療の一部負担金（2割または3割）・・・・②

医療機関の窓口で支払った額（①+②）の1か月分の合計額から1,000円を差し引いた金額を後日市から保護者の口座に振り込みます。

2. ひとり親家庭等医療費助成の概要

1. 医療費の助成を受けられる方は

金沢市に住民登録があり、国民健康保険または社会保険に加入し児童を養育している母子家庭の母、父子家庭の父、父母のいない児童を養育している方です。

ただし、生活保護を受けている方を除きます。

※ひとり親家庭等医療費助成制度の「児童」は「18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者又は20歳未満で児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）別表第1に定める程度の障害の状態にある者」です。

2. 助成の対象年齢・期間

母子家庭の母及び児童、父子家庭の父及び児童、父母のいない児童で、児童が、満18歳になった日以後の最初の3月末日までです。

ただし、中程度以上の障害のある児童の場合は、満20歳になる誕生日の前日までです。

3. 助成対象

健康保険が適用された入院・通院医療費です。

※助成対象外となる費用の例

自費診療分、健康診断の費用、予防接種の費用、分娩費用、おむつ代、薬の容器代、文書料、入院中の食費、選定療養（差額ベッド代、紹介なしの200床以上の病院の初診料等）

4. 所得制限

児童扶養手当と同様の所得制限があります。（全部停止の方は受けられません。）

5. 助成方法（児童と親は、助成方法が異なります）

○児童の場合：「現物給付方式」と「償還払い方式」の2種類あります。

○父又は母の場合：「自動償還払い方式」と「償還払い方式」の2種類あります。

6. 自己負担額

〔児童の場合〕

1か月の自己負担上限額は、1,000円です。

医療機関や保険薬局における窓口負担額は

○現物給付方式の場合、次のとおり ①

〔 入院：1レセプトあたり 1,000 円
通院：1 医療機関あたり 1 日 500 円以内
調剤：無料（保険薬局における保険調剤） 〕

○償還払い方式の場合、保険診療の一部負担金（2割または3割） . . . ②

医療機関の窓口で支払った額（①+②）の1か月分の合計額から 1,000 円を差し引いた金額を後日市から保護者の口座に振り込みます。

〔父または母の場合〕

1 か月の自己負担上限額は、1, 0 0 0 円です。

○自動償還払い方式の場合、保険診療の一部負担金（2割または3割）を支払う
（助成金の申請手続きは不要） ①

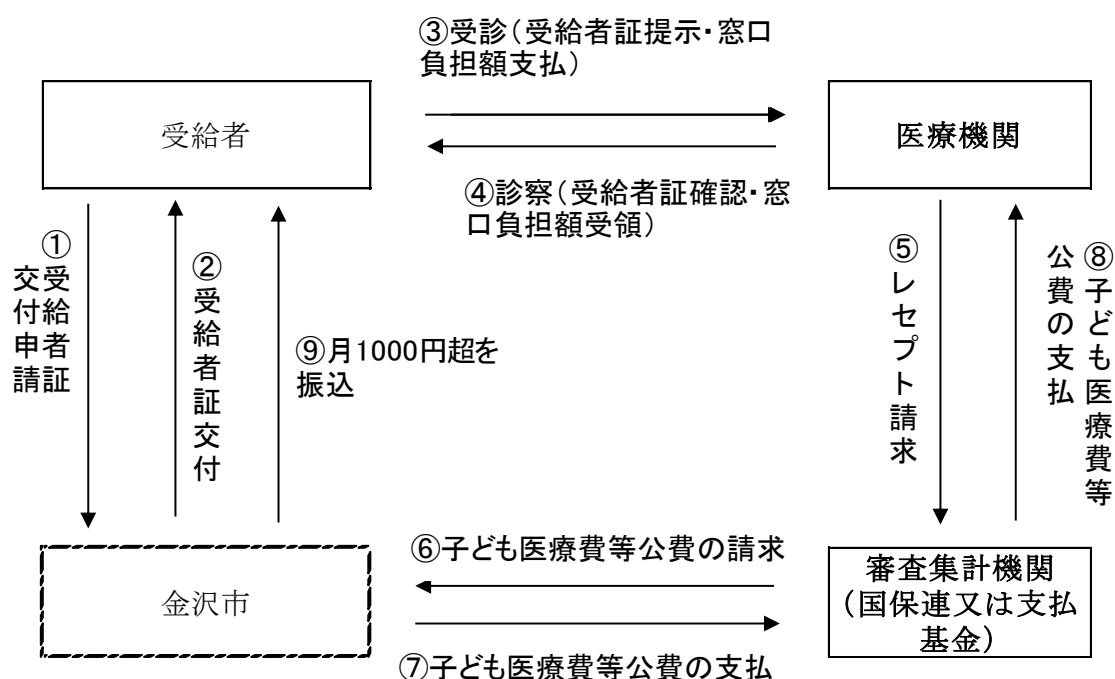
○償還払い方式の場合、保険診療の一部負担金（2割または3割）を支払う
（助成金の申請手続きが必要） ②

医療機関の窓口で支払った額（①+②）の1か月分の合計額から 1,000 円を差し引いた金額を後日市から保護者の口座に振り込みます。

3. 現物給付方式・自動償還払い方式・償還払い方式の流れ

(1) 現物給付方式

医療機関窓口では、受給者証に記載されている窓口負担額までを徴収します。保険診療の一部負担金額（医療費の2割または3割）と徴収した窓口負担額の差額を、医療機関から国保連合会や支払基金へ子ども医療費等公費分として請求する方法です。



【現物給付のポイント】

①受給者

- ・医療機関窓口で受給者証を提示すると、窓口負担額（通院は1医療機関1日500円、入院は1レプト1000円）の支払いで医療サービスを受けることができます。

②医療機関

- ・受付時、受給者証を確認。
- ・併用レセプトで医療費の保険給付額と子ども医療費等公費の請求とを併せて審査支払機関（国保連合会または支払基金）に行います。
- ・自動償還払いで作成していた明細書は不要となります。

③審査支払機関

- ・併用レセプトの内容を審査の上、子ども医療費等公費を金沢市に請求します。

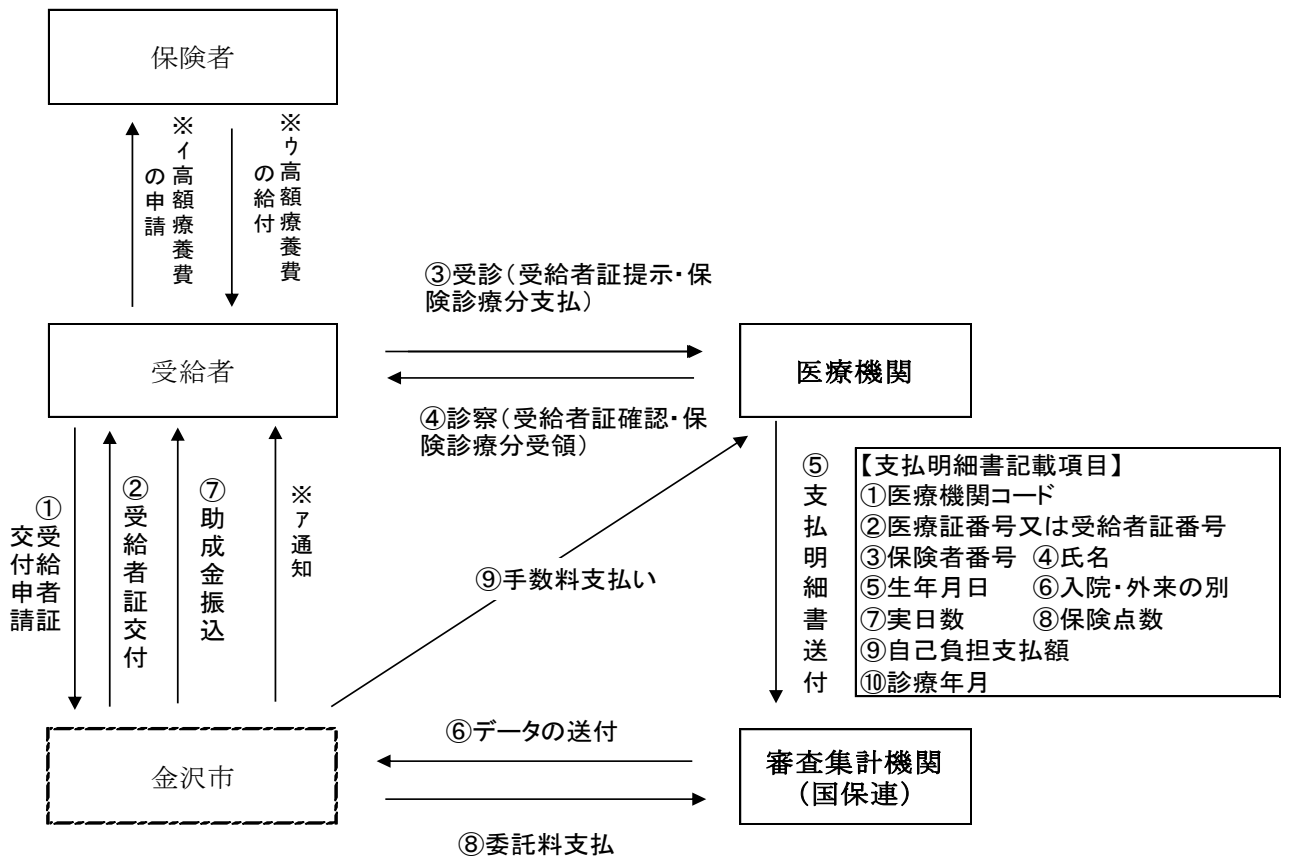
- ・金沢市からの支払いを受けて医療機関に子ども医療費等公費を支払います。

④市

- ・審査支払機関からの請求を受けて、子ども医療費等公費を審査支払機関に支払う。
- ・現物給付により負担した額と償還払いの保険診療分を合算した額から 1,000 円を控除した額を保護者の指定口座へ振り込みます。

(2) 自動償還払い方式

医療機関窓口では、保険診療の一部負担金を徴収します。医療機関窓口にて受給者証を提示することにより、市の窓口で助成申請をしなくても保護者の口座に助成金が振り込まれる方式です。



※ア～ウは、高額療養費に該当した場合のみ行う手続きです。

【自動償還払いのポイント】

①受給者

- ・医療機関の窓口で、受給者証を提示することが必要になります。
- ・資格申請時の手続きのみで、その後の市の窓口で支給申請手続きは不要となります。
- ・申請期限切れで助成を受けられないということがなくなります。

- ・高額療養費については、保険者に申請します。

②医療機関

- ・受付時、受給者証の確認が必要になります。
- ・支払明細書を、毎月10日までに国保連合会へ送付します。

③国保連合会

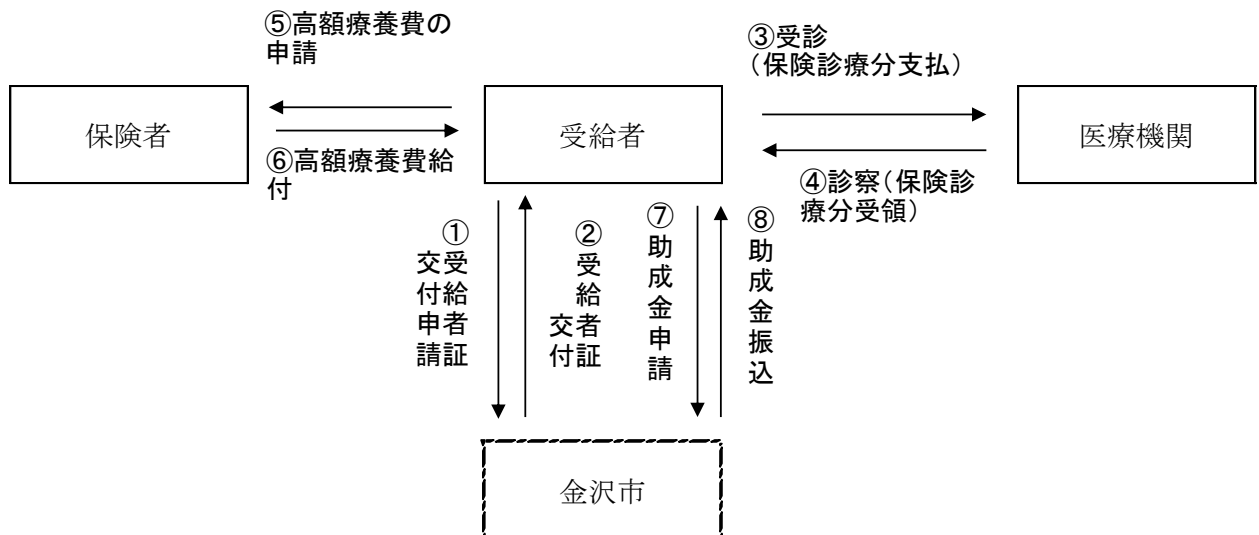
- ・医療機関から送付された支払明細書をチェックしデータ作成、作成後市へ送付します。

④市

- ・受給者証の提示があった診療月の3カ月後末に助成金を指定口座へ振り込みます。
- ・高額療養費に該当する場合、対象者に通知を発送します。
- ・医療機関、国保連合会に手数料を支払います。

(3) 償還払い方式

医療機関窓口では、保険診療の一部負担金を徴収します。保護者は、市へ医療費の領収書を提出して助成金申請を行います。



【償還払いのポイント】

①受給者

- ・診療月の翌月以降、その都度、市の窓口で支給申請手続きが必要。
- ・診療月の翌月から2年以内（ひとり親は5年以内）に申請しないと助成を受けられません。

- ・高額療養費に該当した場合は、自分で加入健康保険者に請求しなければならない。
- ・医療機関の窓口での受給者証の提示は不要です。

②医療機関

- ・償還払いに必要な事項が記載されている領収書または領収証明書を発行する。

③市

- ・支給申請があった翌月末に助成金を指定口座へ振り込みます。

	現物給付	自動償還払い	償還払い
概 要	窓口での支払いは、 通院：1日 500円、 入院：1レプト1,000円、 調剤：無料 保険診療の一部負担金額との差額分は、市から医療機関に支払う。	窓口で保険診療の一部負担金額を支払う。	
		助成金の申請は不要。 (自動的に口座に振込み)	助成金の申請は必要。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・子育て支援医療費助成対象の子ども ・ひとり親家庭等医療費助成対象の児童 	ひとり親家庭等医療費助成対象の父または母	左記対象者で、現物給付や自動償還にならないもの
取扱い医療機関等	石川県内の病院・診療所・薬局	金沢市内の病院・診療所・薬局	<ul style="list-style-type: none"> ・県外を含む病院・診療所・薬局 ・接骨院や鍼灸院 ・訪問看護ステーション
審査支払機関	国保連又は支払基金 (併用レセプト)	国保連 (明細書)	なし

4. 給付方法について（平成27年7月診療分より）

（1）現物給付方式となるもの

- ・子育て支援医療費助成対象の子どもが、現物給付取扱医療機関に受給者証を提示して受診した場合
- ・ひとり親家庭等医療費助成対象の児童が、現物給付取扱医療機関に受給者証を提示して受診した場合

例外の取り扱い

次の場合には現物給付の取扱いとなりません。

- ・医療機関で受給者証の提示がない場合
- ・他の公費負担制度の適用を受ける場合
- ・療養費払い（治療用装具、柔整等）に該当した場合
- ・訪問看護ステーションで受診した場合

（2）自動償還払い方式となるもの

- ・ひとり親家庭等医療費助成対象の親が、金沢市が指定した市内の病院、診療所、調剤薬局で受給者証を提示して受診した場合

例外の取り扱い

次の場合には自動償還払いの取扱いとなりません。

- ・医療機関で受給者証の提示がない場合
- ・他の公費負担制度の適用を受ける場合
- ・療養費払い（治療用装具、柔整等）に該当した場合
- ・訪問看護ステーションでの受診した場合

（3）償還払い方式となるもの

- ・受給者証を提示しなかった場合
- ・現物給付や自動償還払いの取扱医療機関以外で受診した場合
- ・他の公費負担制度が適用される場合
- ・療養費払い（治療用装具、柔整等）に該当した場合
- ・訪問看護ステーションでの受診分

5. 医療機関等での取扱いについて

(1) 受給者証の確認

現物給付を行うには、金沢市が発行する受給者証が必要になります。医療機関の窓口では、**受診の都度**、受給者証の提示を求め、内容を確認していただくようお願いいたします。なお、受診者の住所に変更がないかのご確認も併せてお願いいたします。

※金沢市における受給者証提示の周知、転出者への対応

- ①市において、資格認定申請時に受給者証提示の説明を行います。
- ②受給者証の裏面や制度説明チラシに毎回提示する旨の記載をします。
- ③転出時には、返信用封筒を渡すなど受給者証の回収に努めます。

(2) 有効期間の確認

受給者証には有効期間が記載されていますので、期間内の受診であるか確認してください。

(3) 公費負担者番号（現物給付）

公費負担者番号は、8桁の算用数字から構成されています。

○子ども医療証

法別		都道府県		実施機関			検証
8	9	1	7	4	0	2	3

○ひとり親家庭等医療費受給資格者証（児童）

法別		都道府県		実施機関			検証
9	1	1	7	4	0	2	9

(4) 受給者証

子ども医療証 (オレンジ色) ・ ・ 現物給付

子ども医療証		
公費負担者番号	8 9 1 7 4 0 2 3	
医療証番号	1 2 3 4 5 6 7	
有効期間	平成27年7月1日から 平成42年3月31日まで	
子ども	住所	金沢市広坂1丁目1番1号
	氏名	石川 次郎
	生年月日	平成27年3月14日
保護者氏名	石川 太郎	
発行機関名及び印	石川県 金沢市長 印	
交付年月日	平成27年7月1日	
窓口負担額		
通院	1医療機関あたり1日500円	
入院	1診療報酬明細書あたり1,000円	
調剤	無料(保険薬局における保険調剤)	

医療証番号は、現行の10桁から7桁に変更します。7月1日以降、既に子ども医療証をお持ちの方の医療証番号はすべて変わりますのでご注意ください。

※裏面には注意事項を記載します。

ひとり親家庭等医療費受給資格証 (児童) 白色 ・ ・ 現物給付

ひとり親家庭等医療費受給資格証		
公費負担者番号	9 1 1 7 4 0 2 9	
受給資格証番号	1 2 3 4 5 6 7	
有効期間	平成27年7月 1日から 平成27年9月30日まで	
申請者	住所	金沢市広坂1丁目1番1号
	氏名	金沢 花子
受給者	氏名	金沢 一郎
	生年月日	平成10年5月1日
発行機関名及び印	石川県 金沢市長 印	
交付年月日	平成27年7月1日	
窓口負担額		
通院	1医療機関あたり1日500円	
入院	1診療報酬明細書あたり1,000円	
調剤	無料(保険薬局における保険調剤)	

受給資格証番号は、7桁です。7月1日以降、既にひとり親家庭等医療費受給資格証をお持ちの方の受給資格証番号はすべて変わりますのでご注意ください。

※裏面には注意事項を記載します。

ひとり親家庭等医療費受給資格証 (父又は母) 薄緑色・・・自動償還

ひとり親家庭等医療費受給資格証		
市町コード	172014	
受給資格証番号	234567801	
受給者	住所	金沢市広坂1丁目1番1号
	氏名	金沢 花子
	生年月日	昭和40年6月10日
有効期間	平成27年7月 1日から 平成27年9月30日まで	
発行機関名及び印	石川県 金沢市長 印	
交付年月日	平成27年7月1日	

7月1日以降、受給資格証番号は9桁になります。

※裏面には注意事項を記載します。

(5) 窓口での徴収方法 (現物給付方式)

○通院の場合

- ・ 1医療機関あたり1日500円を徴収してください。(医科・歯科別)
- ・ 保険診療の一部負担金額が500円に満たない場合は、当該保険診療の一部負担金額を徴収してください。なお、この場合に、子ども医療費等の公費は発生しませんが、後日、金沢市から保護者へ医療費を償還する際のデータとして必要ですので、レセプトに公費負担者番号等の記載をお願いします。
- ・ 同じ医療機関に1日に複数回受診した場合でも、1日500円までの徴収となります。なお、即日入院の場合は入院分のみの自己負担となります。

○入院の場合

- ・ 1診療報酬明細書あたり1,000円

○保険薬局における保険調剤は無料です。

(例1) 同一医療機関における通院 (未就学児)

	総医療費 15,000円		
通院1回目	窓口 500	公費 2,500	医療保険 12,000
	総医療費 9,000円		
通院2回目	窓口 500	公費 1,300	医療保険 7,200
	総医療費 5,000円		
通院3回目	窓口 500	公費 500	医療保険 4,000
	総医療費 2,000円		
通院4回目	窓口 400	医療保険 1,600	

◆窓口での負担額は、

$$500 + 500 + 500 + 400 = \underline{1,900 \text{ 円}}$$

◆1か月 1,000円を超えた分は、後日、市から保護者の口座に振り込まれます。

$$1,900 - 1,000 = \underline{900 \text{ 円}} \text{ (後日振込み)}$$

◆公費分は、国保連や支払基金を通し、市から医療機関に支払われます。

$$2,500 + 1,300 + 500 = \underline{4,300 \text{ 円}}$$

◆保険者負担分

$$12,000 + 7,200 + 4,000 + 1,600 = \underline{24,800 \text{ 円}}$$

(例2) 入院の場合 (高額療養費に該当する場合) 社会保険加入

	総医療費 500,000円		
入院1レセプト	窓口 1,000	公費 81,430	医療保険 417,570

$$\text{高額療養費適用後の負担月額上限額} \\ 80,100 + (500,000 - 267,000) \times 1\% = 82,430$$

◆一律一般の所得区分で計算します。

◆窓口での負担額が 1,000円を超えないため、市から保護者への振込みはありません。

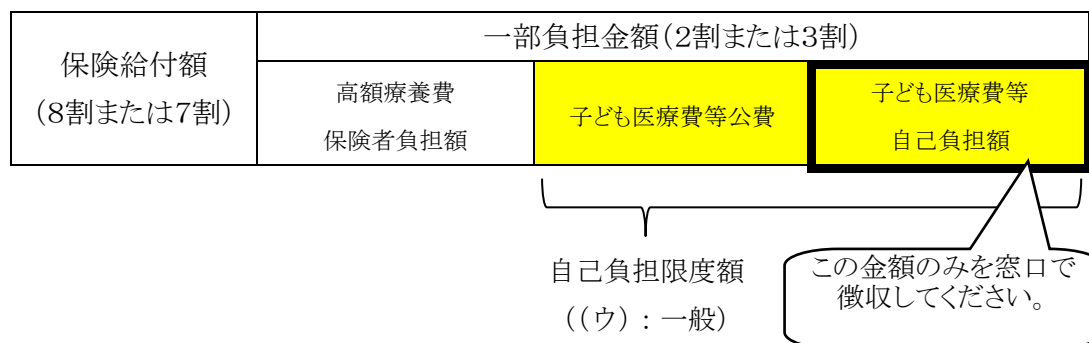
(6) 高額療養費の取扱いについて（現物給付方式）

高額療養費に該当する場合は、被用者保険では一律「(ウ)：一般」の所得区分、国民健康保険では「(ア)：上位所得、(イ)：上位所得、(ウ)：一般、(エ)：一般、(オ)：低所得」の所得区分で算定することが定められていますが、子ども医療費等助成事業においては、医療機関の混乱を避けるため、すべて一律「(ウ)：一般」の所得区分で計算します。ただし、受診者が加入する一部の保険者では、限度額適用認定証の提示が必要ですので、ご注意ください。

①被用者保険及び県内の国民健康保険の場合 (限度額適用認定証を提示した場合を含む)

被用者保険及び県内の国民健康保険に加入する受診者の高額療養費は、一律「(ウ)：一般」の所得区分で算定します。

窓口での徴収額は子ども医療費等助成事業の自己負担額のみとなります。



②他県の国民健康保険の場合

(全国土木建築国民健康保険組合、全国建設工事業国民健康保険組合、全国左官タイル塗装業国民健康保険組合など)

国民健康保険のうち、金沢市国民健康保険と石川県医師国保組合(173013)を除く国保組合(いわゆる県外国保組合)に加入する受診者については、高額療養費が生じた場合に限度額適用認定証の提示がなければ現物給付ができません。このため、高額療養費の発生が予想される場合は予め限度額適用認定証の申請を行うよう保護者に案内し、子ども医療費等の受給者証の提示と併せて、必ず限度額適用認定証の提示を受けてください。

その上で、高額療養費は「(ウ)：一般」の所得区分で算定し、窓口での徴収額は子ども医療費等助成事業の自己負担額のみとなります。

◎国民健康保険に加入する受診者について限度額適用認定証が提示された場合は、証に記載されている適用区分を必ずレセプトの特記事項に記載してください。

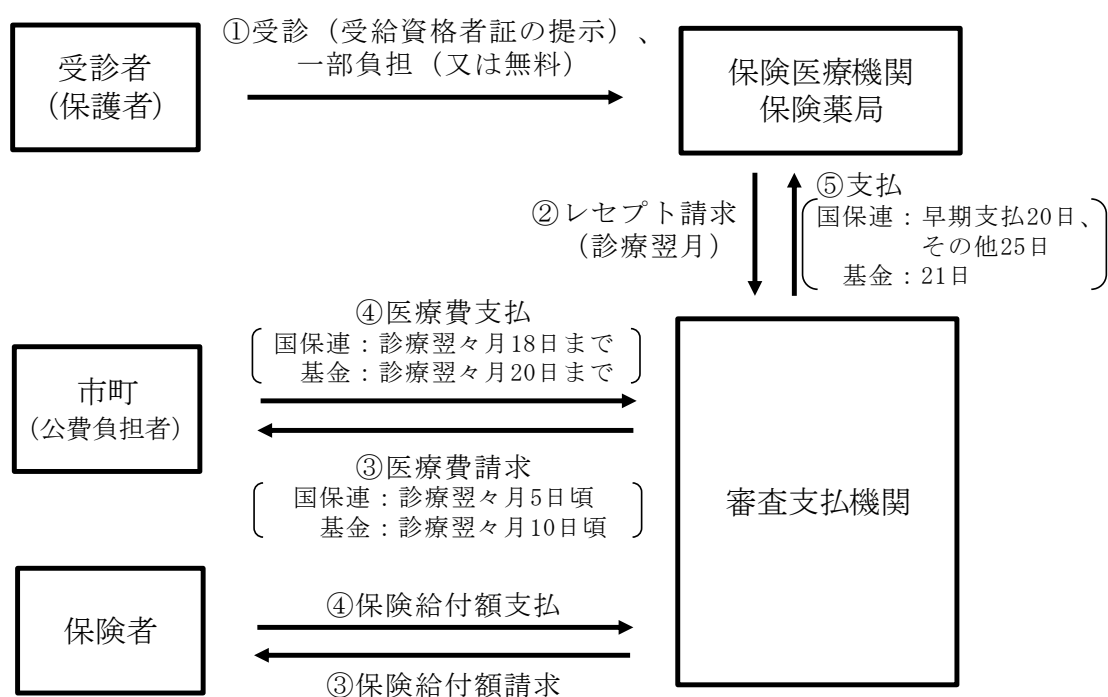
(7) 医療費の請求について（現物給付方式）

① 医療費の請求先

子ども医療費等公費については、審査支払機関（加入する保険が被用者保険の場合は社会保険診療報酬支払基金石川支部、国民健康保険の場合は石川県国民健康保険団体連合会）に請求してください。

② 請求の流れ

【現物給付】



- ① 受診者は、受給者証と健康保険証を医療機関に提示して受診します。
- ② 医療機関では、併用レセプトで医療費の保険給付額と子ども医療費等公費の請求とを併せて審査支払機関に行います。(他の公費との併用はしないでください。)
- ③ 審査支払機関では、併用レセプトの内容を審査の上、子ども医療費等公費と保険給付額を市町と保険者に請求します。
- ④ 市と保険者は、審査支払機関からの請求を受けて子ども医療費等公費と保険給付額を支払います。
- ⑤ 審査支払機関は、市と保険者からの支払を受けて医療機関に子ども医療費等公費と保険給付額を支払います。

6. レセプトの記載要領（現物給付）

1 レセプト作成にあたっての留意点

- (1) 医療保険と子ども医療費等公費の併用レセプトで請求します。（他の公費との併用はしないでください。）
- (2) 子ども医療費等公費は、他の公費負担制度を優先します。他の公費負担制度を適用する場合は、子ども医療費等公費は適用されません。
- (3) 子ども医療費等公費の自己負担額は1円単位で記載します。
- (4) 子ども医療費等公費の自己負担額が無料の場合は、公費の一部負担金欄に「0円」と記載します。
- (5) 保険診療の一部負担金額が子ども医療費等公費の自己負担額に満たない場合は、一部負担金額を公費の一部負担金欄に記載します。
- (6) 食事療養費の子ども医療費等公費の「請求」欄と「標準負担額」欄は「0円」と記載します。
- (7) 1日のうち、同一の保険医療機関に複数回受診した場合でも、1日500円までの自己負担とします。なお、即日入院の場合は入院分のみの自己負担とします。
- (8) 国民健康保険に加入する受診者について限度額適用認定証が提示された場合は、証に記載されている適用区分を必ず特記事項に記載します。

2 レセプトの記載事例

※以下の事例で示す「子ども医療費」の取扱いは「ひとり親家庭等医療費」でも同様です。

事例1 通院の自己負担額が1日500円の場合（医科・歯科：未就学児）

公費①	89174〇〇〇	保険者番号	001700〇〇	
公費②		診療 実 日 数	保	3 日
			①	日
			②	日

療養の 給付	保険 公	請求点	決定点	一部負担金額円
		①	1,400 点	点
	②	点	点	円

※歯科のレセプト様式は左記とは異なりますが、考え方は同じです。

※未就学児で例示していますが、小学生以上でも医療保険の負担割合以外の考え方は同じです。

療養の給付の請求額

- ・ 医療保険 $1,400 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 8 \text{ 割} = 11,200 \text{ 円}$
- ・ 子ども医療費等自己負担額 $500 \text{ 円} \times 3 \text{ 日} = 1,500 \text{ 円}$
- ・ 子ども医療費等公費 $1,400 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} - 1,500 \text{ 円} = 1,300 \text{ 円}$

事例2 保険調剤の自己負担は無し（調剤：未就学児）

公費①	89174〇〇〇	保険者番号	001700〇〇	
公費②		診療 実 日 数	保	1 日
			①	日
			②	日

療養の 給付	保険 公	請求点	決定点	一部負担金額円
		①	300 点	点
	②	点	点	円

療養の給付の請求額

- ・ 医療保険 $300 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 8 \text{ 割} = 2,400 \text{ 円}$
- ・ 子ども医療費等自己負担額 0 円
- ・ 子ども医療費等公費 $300 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} = 600 \text{ 円}$

※ この事例では、法別番号は「89：子ども医療費（自己負担あり）」ですが、保険調剤における子ども医療費等自己負担額は無料です。

事例3 子ども医療費の対象とならない医療があった場合（医科・歯科）
 （通院の自己負担額が1日500円の場合：未就学児）

この事例では、子ども医療費等公費の対象とならない医療（受給者証の提示なし等）が1日あります。その分の医療は子ども医療費等公費の対象となりません。

公費①	89174000	保険者番号	00170000	
公費②		診療 実 日 数	保	3 日
			①	2 日
			②	日
療養の 給付	保険	請求点	決定点	一部負担金額円
	公①	5,000 点	点	円
	公②	3,600 点	点	1,000 円

療養の給付の請求額

- ・医療保険 $5,000 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 8 \text{ 割} = 40,000 \text{ 円}$
- ・子ども医療費等自己負担額 $500 \text{ 円} \times 2 \text{ 日} = 1,000 \text{ 円}$
- ・子ども医療費等公費 $3,600 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} - 1,000 \text{ 円} = 6,200 \text{ 円}$
- ・公費外自己負担額 $(5,000 \text{ 点} - 3,600 \text{ 点}) \times 10 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} = 2,800 \text{ 円}$

※ 受診者が窓口で支払う額は、子ども医療費等自己負担額と公費外自己負担額を合わせて3,800円になります。公費外自己負担額の2,800円については、受診者が領収証を持って市の窓口で償還手続きをすることにより還付されます。

事例4 小児慢性特定疾病医療費助成の対象となる医療を受けた場合（医科・歯科）
（通院の自己負担額が1日500円の場合：未就学児）

この事例では、他公費である小児慢性特定疾病医療費助成の対象となる医療が2日あり、子ども医療費等公費の対象となる医療が1日あります。

公費①	52178019	保険者番号	001700〇〇	
公費②	89174〇〇〇	診療 実 日 数	保	3 日
			①	2 日
			②	1 日
療養の 給付	保	請求点	決 定 点	一部負担金額円
	公①	5,000 点		円
	公②	3,800 点		5,000 円
		1,200 点		500 円

療養の給付の請求額

- ・ 医療保険 $5,000 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 8 \text{ 割} = 40,000 \text{ 円}$
- ・ 小児慢性医療自己負担額 5,000 円（受給者証に示された上限金額）
- ・ 小児慢性医療公費 $3,800 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} - 5,000 \text{ 円} = 2,600 \text{ 円}$
- ・ 子ども医療費等自己負担額 $500 \text{ 円} \times 1 \text{ 日} = 500 \text{ 円}$
- ・ 子ども医療費等公費 $1,200 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} - 500 \text{ 円} = 1,900 \text{ 円}$

※ 受診者が窓口で支払う額は、小児慢性医療自己負担額と子ども医療費等自己負担額を合わせて5,500円になります。小児慢性医療自己負担額の5,000円については、受診者が領収証を持って市の窓口へ償還手続きをすることにより還付されます。

事例5 1日の自己負担額が500円未満の場合（医科・歯科）
 （通院の自己負担額が1日500円の場合：未就学児）

公費①	89174000	保険者番号	00170000
公費②		診療実日数	保 1 日
			① 日
			② 日

療養の給付	保険	請求点	決定点	一部負担金額円
	公①	193 点	点	386 円
	公②	点	点	円

療養の給付の請求額

- ・ 医療保険 $193 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 8 \text{ 割} = 1,544 \text{ 円}$
- ・ 子ども医療費等自己負担額 $193 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} = 386 \text{ 円} < 500 \text{ 円}$
- ・ 子ども医療費等公費 0 円

※ 保険診療の一部負担金額が500円に満たない場合は、保険診療の一部負担金額と同額が子ども医療費の自己負担額になります。

※ 一部負担金額は、1円単位で記載します。

- ◆ 未就学児（医療保険の一部負担が2割）の場合
1日の請求点が249点以下のときに、子ども医療費等自己負担金が500円未満の金額になります。
- ◆ 小学生以上（医療保険の一部負担が3割）の場合
1日の請求点が166点以下のときに、子ども医療費等自己負担金が500円未満の金額になります。

事例6 子ども医療費のみを適用し、高額療養費に該当する場合（医科）
 （入院の自己負担額が1レセプト1,000円の場合。
 被用者保険加入の未就学児。）

この事例では、限度額適用認定証の提示がなくても、一律「(ウ)：一般」の所得区分で高額療養費を算定します。

公費①	8817〇〇〇〇					保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
公費②								
		特記事項				診療 実 日 数	保 10 日 ① 日 ② 日	
療養 の 給 付	保 険	請 求 点	決 定 点	負 担 金 額 円	保 険	請 求 円	決 定 円	標 準 負 担 額 円
	公①	50,000 点		円 1,000	公①	19,200 円 0	円 円	7,800 円 0
	公②			円	公②	円	円	円

療養の給付の請求額

- ・ 医療保険 50,000 点 × 10 円 × 8 割 = 400,000 円
- ・ 子ども医療費等自己負担額 1,000 円
- ・ 子ども医療費等公費 50,000 点 × 10 円 × 2 割 = 100,000 円
↓ 高額療養費「(ウ)：一般」区分適用
82,430 円 - 1,000 円 = 81,430 円
- ・ 医療保険の高額療養費 100,000 円 - 82,430 円 = 17,570 円

食事療養費（子ども医療費等公費の対象ではありません）

- ・ 医療保険 640 円 × 30 回 - 260 円 × 30 回 = 11,400 円
- ・ 患者窓口負担 260 円 × 30 回 = 7,800 円

事例7 子ども医療費のみを適用し、高額療養費に該当する場合（医科）

（入院の自己負担額が1レセプト1,000円の場合。）

他県扱いの国民健康保険加入の未就学児。）

この事例では、限度額適用認定証の提示（「適用区分（オ）：低所得」）を受けますが、「（ウ）：一般」の所得区分で高額療養費を算定します。

公費①	8817〇〇〇〇					保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
公費②		特記事項				診療 実日 数	保	10	日
		30区オ					①		日
							②		日
療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	決 定 点	負 担 金 額 円	保 険	請 求 円	決 定 円	標 準 負 担 額 円	
	公①	50,000		82,430	食 事 療 養 費	19,200		6,300	
	公②	点	点	円	公①	円	円	円	
				1,000		0		0	
				円		円		円	
						円		円	

療養の給付の請求額

- ・ 医療保険 50,000点×10円×8割=400,000円
- ・ 子ども医療費等自己負担額 1,000円
- ・ 子ども医療費等公費 50,000点×10円×2割=100,000円
↓ 高額療養費「（ウ）：一般」区分適用
82,430円－1,000円=81,430円
- ・ 医療保険の高額療養費 100,000円－82,430円=17,570円

食事療養費（子ども医療費等公費の対象ではありません）

- ・ 医療保険 640円×30回－210円×30回=12,900円
- ・ 患者窓口負担 210円×30回=6,300円

※ 他県扱いの国民健康保険の場合は、特記事項欄に、限度額適用認定証に記載されている適用区分を必ず記載します。

この事例の場合、特記事項（「30区オ：低所得」）と負担金額（区分（ウ）：一般）が一致しないため、国保連合会が医療機関に連絡した上で修正します。なお、負担金額が一般の所得区分ではなく、特記事項欄に応じた負担金額となっても問題ありません。（被用者保険の場合は、事例7のように一律「（ウ）：一般」の所得区分の適用となりますのでご注意ください。）

Q & A 編

現物給付方式

1 自己負担金について

Q1 保険診療の一部負担金額が子ども医療費の自己負担額(通院1日あたり500円)に満たない場合は、窓口で徴収する金額はどのようになりますか。

A1 保険診療の一部負担金額を徴収してください。例えば、保険診療の一部負担金額が480円の場合、480円を窓口で徴収してください。

Q2 1日のうち同一の保険医療機関に2回受診した場合、子ども医療費の自己負担金はどのようになりますか。

A2 子ども医療費の自己負担金は、入院外は1医療機関ごとに1日500円まで徴収しますので、1回目に既に500円徴収した場合は2回目以降は徴収しません。なお、1回目の自己負担額が300円の場合は、2回目に200円まで徴収します。

Q3 総合病院等で複数科受診した場合、子ども医療費の自己負担金はどのようになりますか。

A3 総合病院等で複数科受診した場合は、一医療機関とみなし、子ども医療費の自己負担金は主たる診療科でのみ1回分を徴収します。ただし、歯科は別とします。

Q4 1日のうち複数の保険医療機関に受診した場合、子ども医療費の自己負担金はどのようになりますか。

A4 保険医療機関毎に自己負担金を徴収します。ただし、保険調剤は無料となります。

Q5 通院で受診し、帰宅後、傷病の悪化により同一保険医療機関に入院した場合の子ども医療費の自己負担金はどのようになりますか。

A5 子ども医療費の自己負担金は、入院は1レセプトあたり、通院は1医療機関あたり1日につき徴収することになりますので、それぞれにおいて自己負担金を徴収します。ただし、同一医療機関において即日入院の場合は入院分のみを徴収します。

Q6 他の公費負担制度がある場合、子ども医療費の自己負担金はどのようになりますか。

A6 他の公費負担制度を優先適用し、子ども医療費の現物給付の適用とはなりません（他公費との併用不可）。他の公費負担制度の自己負担金を窓口で支払い、領収書を持って市町に申請する償還払いとなります。

ただし、特定の疾病にのみ適用される公費であって、当該公費が適用される医療費以外の医療費については、子ども医療費の現物給付の対象となります。

Q7 1か月の自己負担額は1,000円上限とされていますが、受診者が3日以上受診した場合の1,000円を超える部分の自己負担は、受診者にどのように還付されるのですか。

A7 受診者には市から1,000円を超える部分について、自動的に振り込まれます。ただし、現物給付とならなかったものについては、償還払いの手続きが必要です。

2 受給者証について

Q1 受給者証の確認は、月初めに行えば同一月内は省略してもよいですか。

A1 子ども医療費等助成事業では、受給者証が発行されている市町に居住（住民登録）することが助成要件の一つであるため、他の公費負担制度と比較すると、常時、資格喪失の可能性があります。このため、過誤の発生を防止する観点から、必ず受診の都度、受給者証と住所変更の有無を確認してください。受診時に受給者証を確認できない場合は、償還払いで取り扱ってください。

Q2 受診者が受給者証を忘れて持参しなかった場合の自己負担金はどのように扱うのですか。

A2 受給者証の提示がない場合は、子ども医療費等公費を適用せず、保険診療の一部負担金額（2割又は3割）を徴収することとなります。なお、受診者は後日市の窓口で償還手続きを行うこととなります。

Q3 月途中でA市からB市へ住居を移した場合、受給者証はどのような取り扱いになるのですか。

A3 他市町へ住居を移した場合は、転出日もしくは転入日の前日をもって受給者証の効力が喪失されますので、B市の受給者証の提示がない場合は保険診療の一部負担金額の徴収をお願いします。

3 子ども医療費の請求について

Q1 子ども医療費の請求はどこに、どのように行うのですか。

A1 子ども医療費の請求は、加入している保険が国民健康保険の場合は、石川県国民健康保険団体連合会へ、被用者保険の場合は社会保険診療報酬支払基金石川支部へ、医療保険と公費（子ども医療費）の併用レセプトにより行っていただきます。

Q2 受給者資格がなかった場合などは、レセプトが返戻されるのですか。

A2 「受給者証を確認しなかった（受給資格がない）」や「受給者証の有効期間を超過していた」など、明らかに医療機関側の確認ミス等が原因による過誤については、レセプトを返戻する場合がありますのでご注意ください。

Q3 子どもの加入する保険者の所在地は、石川県外でも問題ありませんか。

A3 保険者の所在地は関係ありません。

ただし、国民健康保険のうち、県内市町国民健康保険と石川県医師国保組合（173013）以外の県外保険者で高額な療養に該当する場合、限度額適用認定証の提示がない場合は現物給付の対象となりません。

入院等で医療費の高額療養費の算定が予想される場合は、予め限度額適用認定証の申請を行うよう保護者に案内してください。なお、高額な療養に該当しない場合は通常の手続きができます。

Q4 明細書の提出は必要ですか。

A4 自動償還払い方式では、明細書を国保連に提出していただきましたが、現物給付の場合、明細書の提出は不要です。

自動償還払い方式

1. 受給者証の確認について

Q1 自動償還払いの対象となるのは、どのような方ですか。

A1 ひとり親家庭等医療費助成対象の父または母です。児童は、現物給付方式になります。

Q2 自動償還払いの受給者証を提示した場合、医療機関の窓口での徴収額はどのようになりますか。

A2 窓口では、保険診療の一部負担金額を徴収してください。

Q3 受給者証の提示がない場合は、自動償還払いの取扱対象外ということでしょうか。

A3 受給者証の提示がない場合は、原則償還払いとなります。
ただし、本人から自動償還払いの申し出があり、診療月内に受給者証を持参した場合は、自動償還払いの対象にしてください。

Q4 ひとり親家庭等医療費助成の資格を申請中で、受給者証の確認ができない場合は、自動償還払いの取扱対象外ということでしょうか。

A4 助成資格の申請中で、受給者証が交付されていない場合は、自動償還払いの取扱対象外となります。
ただし、診療月内に受給者証が交付され、受給者証を持参して本人から自動償還払いの申し出があった場合は、自動償還払いの対象にしてください。

Q5 受給者証を窓口で提示しなかった場合は、自動償還払いの取扱対象外ということですが、同じ月に何回か受診する場合でも、その都度提示しなければならないのでしょうか。あるいは、月1回受給者証で受給資格が確認できれば、自動償還払いの対象としていいのでしょうか。

A5 受診の都度提示するのが原則です。
ただし、支払明細書は、1月単位で報告していただくため、同じ月内で受給者証が確認できれば、当該月の受診分は、自動償還払いの対象にしてください。

Q6 1回目に受給者証を忘れて2回目から提示した場合、自動償還払いの対象になるのは、2回目の分からですか。この場合、1回目の分は、これまでどおり、本人が手続きをする償還払いの扱いになるのですか。

A6 同じ月内の受診で、受給資格が確認できた場合は、1回目の分から自動償還払いの対象としてください。

1回目と2回目以降の受診月が異なる場合は、受給資格が確認できた月の分から自動償還払いの対象になりますので、1回目の分は本人に償還払いの手続きをしていただくことになります。

Q7 受診時に受給者証の提示がなく、当該月の報告が終わった後に受給者証の提示があり受給資格が確認できた場合は、月遅れで報告することになるのですか。

A7 この場合は、自動償還の報告対象とはせず、本人に償還払いの手続きをするようお伝えください。

2. 自己負担額支払明細書について

Q1 支払明細書を作成する方法は、決まっているのですか。

A1

支払明細書の作成方法については、次のような方法があります。

①個人ごとの月間集計を、紙の帳票に直接記載する。

②石川県国民健康保険団体連合会の作成したソフトを利用する。

イ. エクセルだけを使用するソフト

ロ. エクセルとアクセスを使用するソフト

③各医療機関が使用しているレセコンを、明細書が作成できるよう改修する。

これらの方法のどれがよいのかご検討いただき、各医療機関の実情に応じた最も適した方法を選択してください。

いずれの場合も、自己負担支払額欄は受給者が窓口で支払った合計額を記入してください。

Q2 紙の帳票に直接記載する場合、帳票の様式は配布されるのですか。

A2 金沢市医師会、金沢市歯科医師会、金沢市薬剤師会に所属している医療機関

等については、ご希望があれば各団体を通じて配布します。それらに所属していない医療機関等でご希望される場合は、直接市にお申し出ください。

また、石川県国民健康保険団体連合会のホームページからダウンロードすることもできます。

Q3 石川県国民健康保険団体連合会の作成したソフトを使用する場合、そのソフトはどのように入手できるのですか。

A3 石川県国民健康保険団体連合会のホームページに掲載しますので、そこからダウンロードし、お使いください。

Q4 支払明細書は、どこへ提出するのですか。また、毎月の提出期限はあるのですか。

A4 支払明細書は、加入健康保険に関係なく、すべて国保連合会に提出してください。また、提出期限は、診療報酬の請求と同時期になりますが、毎月10日までをお願いします。

Q5 国保連合会へ報告する支払明細書は、紙でなければならないのですか。

A5 国保連合会へ報告する支払明細書は、紙でも電子媒体（フロッピーディスク、CD、MOなど）でもけっこうです。各医療機関のご都合のよい方法で行ってください。

Q6 国保連合会へ電子媒体で報告する場合、紙の支払明細書に送付日、所在地、名称、開設者、電話番号を記載し、押印したものを別途提出しなければならないのですか。

A6 電子媒体で報告する場合は、紙の支払明細書を別途提出する必要はありません。

Q7 国保連合会へ紙で報告する場合、支払明細書に必ず押印しなければならないのですか。

A7 支払明細書には、押印する必要はありません。

Q8 国保連合会へ報告した内容を、医療機関で保管しておく必要があるのですか。

か。

A8 市や国保連合会から、報告内容について問い合わせをさせていただくこともありますので、必ず保管してしておいてください。

Q9 支払明細書は、患者1人につき月1行になるのですか。

A9 患者1人につき、入院・外来別、診療年月ごとに1行としてください。
自己負担支払額欄は受給者が窓口で支払った合計額を記入してください。

Q10 支払明細書の報告を忘れたとき、あるいは記載漏れがあったときはどうすればいいのですか。

A10 本人と、月遅れで自動償還払いにするか償還払いにするかご相談できる場合はご相談いただき、どちらかの方法を選んでください。

ご相談が難しい場合や本人から直接市へ問い合わせがあった場合は、市で調整し、自動償還払いを希望したときは、受診先に連絡します。

Q11 支払明細書の報告を忘れたとき、あるいは記載漏れがあったものについて報告する場合、期限はあるのですか。

A11 原則として診療月の翌月から起算して2年以内に報告するようお願いいたします。何らかの事情で2年を越える場合は、事前に市へご相談ください。

Q12 公費負担医療制度の受給者も支払明細書の報告が必要ですか。

A12 小児慢性特定疾患、養育医療、自立支援医療（育成医療、更生医療、精神通院）など、公費負担医療制度の自己負担額については、自動償還払いの対象外となりますので、支払明細書の報告は必要ありません。

公費負担医療制度の自己負担額については、これまでどおり償還払いとなりますので、本人には償還払いの手続きをするようお伝えください。

Q13 生活保護の受給者も支払明細書の報告が必要ですか。

A13 生活保護の受給者は、子育て支援医療費助成制度およびひとり親家庭等医療費助成制度の対象外のため、支払明細書の報告は必要ありません。

Q14 自己負担支払額欄には、窓口で実際に徴収した金額を記載するとのことですが、保険診療外（自費分）も含め記載すればいいのですか。

A14 医療費助成の対象になるのは、保険診療にかかる自己負担額ですので、保険診療外（自費分）のものについては、含めないでください。

Q15 診療月に自己負担額を徴収し、翌月、支払明細書提出した後に過誤がわかり、返金したり追加徴収した場合には、報告はどのようにすればいいのですか。

A15 わかった時点で、直接市へ連絡してください。支払明細書の修正・再提出は必要ありません。

助成金の金額に変更が生じた場合は、市の方で処理を行います。

Q16 窓口での会計処理後、支払明細書を提出するまでの間に点数等に変動があった場合は、どのように報告すればいいのですか。

A16 本人が実際に支払った額に合致するよう報告してください。

Q17 支払明細書の市町コード欄は、どう記載すればいいのですか。

A17 市町コード欄には、「172014」と記載してください。

3. 自己負担分に未納がある場合の取扱いについて

Q1 同じ月で外来分は全額支払われ、入院分は未納となっている場合は、どのように報告すればいいのですか。

A1 支払明細書では、入院・外来の区分をするようになっていますので、外来分については報告に含め、入院分については報告に含めないでください。

Q2 報告時点ではたまたま未納となっているが、近日中に確実に徴収できる見通しであるものについては、報告に含めてもいいのでしょうか。

A2 支払明細書には、実際に支払った自己負担支払額を記載していただくことになっています。確実に徴収できるかどうかの判断も難しいので、報告時点で未納のある場合は、報告に含めないでください。

Q3 全額が未納となっていた自己負担額の支払いがあり、完納した場合は、支払

われた時点で報告するのですか。

A3 同一月内に全額支払われた場合は、支払われた時点で報告してください。
また、複数月にわたって支払があった場合は、償還払い扱いとし、報告に含めないでください。この場合は、自分で償還払いの手続きをしなければならないことをお伝えください。

Q4 一部が未納となっていた自己負担額の支払いがあり、完納した場合は、支払われた時点で報告するのですか。

A4 同一月内に全額支払われた場合は、支払われた時点で報告してください。
また、複数月にわたって支払があった場合は、償還払い扱いとし、報告に含めないでください。この場合は、自分で償還払いの手続きをしなければならないことをお伝えください。

Q5 自己負担額の支払いが、全額ではなく一部だけあった場合は、支払われた分についてのみ報告するのですか。

A5 同一月内の中で一部未納がある場合は、償還払い扱いとし、報告に含めないでください。この場合は、自分で償還払いの手続きをしなければならないことをお伝えください。

Q6 入院医療費など、患者に翌月請求するものについては、支払明細書の報告期限の10日には、ほとんどの患者が未納となっている。この場合、入金を確認できた時点で、月遅れで報告すればいいのですか。

A6 入金を確認できたものについてのみ、月遅れで報告してください。

Q7 診療月内に支払いをしていなくても、当該診療月分を報告するまでの間に支払いがあった場合は、報告すればいいのですか。

A7 月を越えていても報告するまでの間に入金を確認できれば、報告してください。

4. 領収書の取扱いについて

Q1 自動償還払いの対象となる場合でも、領収書はこれまでどおり発行すればいい

いのですか。

A1 領収書については、これまでどおり発行してください。

Q2 自動償還払いの対象となる場合、領収書にその旨押印あるいは記載しなければならぬのですか。

A2 何らかの記載があると、本人もわかりやすく、後々のトラブル発生を防止することができると思いますが、医療機関の事務負担を増やさないため、記載を義務付けるものではありません。

Q3 自動償還払いの対象となる場合に、領収書をこれまでどおり発行すると、その領収書で償還払いの手続きをして、助成が重複するという事はないのですか。

A3 国保連合会で作成した自動償還払いのデータと市の償還払いのデータを照合し、助成が重複することがないようにします。

この場合、市（健康政策課）から医療機関へ、確認のためお問い合わせをさせていただきますことがありますので、ご協力をお願いします。

5. 手数料の取扱いについて

Q1 手数料は、どのように算定されるのですか。

A1 手数料は、支払明細書1行につき1件として算定します。

Q2 手数料は、1件につきおいくらですか。

A2 手数料は、1件につき100円です。（年間500件を超える場合は、件数により逡減します。）

なお、件数とは申請件数のことであり、国保連からのデータが市に送付された時点で申請があったものとしてカウントするため、毎年度、2月から翌年1月診療分までが算定の対象になります。

Q3 同じ月に複数回受診した場合、本人が一部の領収書で償還払いの手続きをし、医療機関が一部について支払明細書で報告をしたときの手数料は、どうな

るのですか。

A3 手数料は、通常どおり支払われることとなります。

Q4 支払明細書で報告をしたものの、何らかの事情で助成金の支払いに至らなかったときの手数料は、どうなるのですか。

A4 手数料は、通常どおり支払われることとなります。

Q5 手数料は、いつ支払われるのですか。

A5 一年度分を一括して、年度終了後の4月末にお支払いする予定です。

6. 調剤薬局における取扱いについて

Q1 薬局において後発医薬品を処方し、医療機関で出す処方箋の保険点数と差異を生じた場合、支払明細書にはどちらの点数を記載すればいいのですか。

A1 薬局で実際に処方した薬剤の点数と自己負担支払額を記載してください。

Q2 調剤薬局の場合、支払明細書の日数欄は、どのように記載すればいいのですか。

A2 調剤薬局の場合、支払明細書の日数欄を記入する必要はありません。

7. その他

Q1 助成対象者の口座に助成金が振り込まれる時期は、いつごろになるのですか。

A1 診療月の翌月10日に支払明細書を国保連合会に提出していただくと、その翌月に国保連合会から市へデータが送付されます。その後、市でデータ処理をするので、実際に振り込まれるのは、診療月の3ヶ月後（例えば、10月診療分については1月末）となります。

Q2 高額療養費等に該当する場合の手続きはどのようになるのですか。

A2 自動償還払いの取扱いをする場合は、市でデータを確認し、高額療養費等に該当している場合は、高額療養費等を差し引いて助成します。

償還払いの場合は、市へ支給申請をする前に、本人が保険者に高額療養費等を請求し、高額療養費等支給決定通知書を添えて市へ支給申請することになります。