

(案)

事 務 連 絡

平成 28 年 7 月 1 日

福 岡 県 医 師 会 }  
福 岡 県 歯 科 医 師 会 } 御 中  
福 岡 県 薬 剤 師 会 }

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

医療費助成事業に係る審査支払事務の委託先変更について(ご連絡)

平素から支払基金の業務運営に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、柳川市及びみやま市の医療費助成事業に係る審査支払事務の委託先変更については、下記の通知をもって、平成28年10月診療分から、被用者保険加入者分に係る医療費助成事業の審査支払事務を支払基金福岡支部へ委託する旨、支払基金を含む関係機関及び当該市に所在する医療機関等に対して周知されたところです。

このことから、「乳幼児(子ども)」、「重度障害者(重度障がい者)」及び「ひとり親家庭等」の各医療費助成事業の審査支払事務につきましては、従来、国民健康保険分、被用者保険分ともに福岡県国民健康保険団体連合会へ請求する取扱いとされておりましたが、平成28年11月提出分から被用者保険分については、支払基金福岡支部へ請求する取扱いとなります。

つきましては、このことを県内保険医療機関等にご案内させていただきたく、何とぞよろしくお願ひ申し上げます。

なお、各医療機関等には、10月3日(月)の支払関係帳票等の発送に併せて送付することとしておりますので申し添えます。

記

平成 28 年 10 月 診療分から受託する市町村

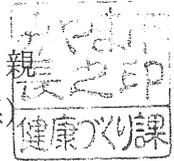
平成 28 年 5 月 24 日 付 け	28 み 健 医 第 19 号	「みやま市公費医療費助成制度の審査支払事務の委託について」
平成 28 年 5 月 23 日 付 け	28 柳 健 康 第 595 号	「柳川市公費医療費助成制度の審査支払業務の委託について」



28 み健医第 19 号  
平成 28 年 5 月 24 日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部  
支部長 中井明様

みやま市長 西原親義  
(健康づくり課 医療係)



みやま市公費医療費支給制度にかかる審査支払事務の委託について

新緑の季節、貴下ますますご繁栄のこととお慶び申し上げます。また、みやま市公費医療費支給制度に対しましては、平素よりご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、みやま市公費医療費支給制度の審査支払事務につきましては、現在、福岡県国民健康保険団体連合会へ委託しております。しかし、関係機関からの要望等により、被用者保険加入者にかかる当該審査支払事務を貴支部へ委託することといたしました。つきましては、お取り計らいのほど、よろしくお願い申し上げます。

なお、みやま市国民健康保険、国民健康保険組合、および後期高齢者医療加入者分にかかる当該審査支払事務につきましては、引き続き福岡県国民健康保険団体連合会へ委託することとなります。

記

1. 実施時期 平成 28 年 10 月診療分より

2. 委託する公費医療費支給制度 (H28.10～)



法別 番号	制度名称		自己負担金額 (1 医療機関あたり)	
			入院外	入院
80	重度障害者医療費支給制度	3 歳～小 6	500 円/月 (上限)	500 円/日 (低所得者は 300 円/日) ※月 7 日限度
		中学生～64 歳		500 円/日 (低所得者は 300 円/日) ※月 20 日限度
		65 歳以上	無 料	
81	子ども医療費支給制度	3 歳未満	無 料	
		3 歳～就学前	600 円/月 (上限)	500 円/日 ※月 7 日限度
		小 1～中 3	800 円/月 (上限)	
90	ひとり親家庭等医療費支給制度	800 円/月 (上限)	500 円/日	※月 7 日限度

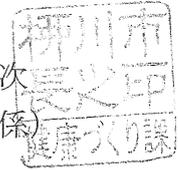
※詳細は別紙をご参照ください。



28 柳健康第 595 号  
平成 28 年 5 月 23 日

社会保険診療報酬支払基金福岡支部  
支部長 中井明様

柳川市長 金子 健次  
(健康づくり課 医療係)



柳川市公費医療費支給制度にかかる審査支払事務の委託について

陽春の候、貴下ますますご繁栄のこととお慶び申し上げます。また、柳川市公費医療費支給制度に対しましては、平素よりご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、柳川市公費医療費支給制度の審査支払事務につきましては、現在、福岡県国民健康保険団体連合会へ委託しております。しかし、関係機関からの要望等により、被用者保険加入者にかかる当該審査支払事務を貴支部へ委託することといたしました。つきましては、お取り計らいのほど、よろしくお願い申し上げます。

なお、柳川市国民健康保険、国民健康保険組合、および後期高齢者医療加入者分にかかる当該審査支払事務につきましては、引き続き福岡県国民健康保険団体連合会へ委託することとなります。

記

1. 実施時期 平成 28 年 10 月診療分より

2. 委託する公費医療費支給制度 (H28.10～)



法別 番号	制度名称		自己負担金額 (1 医療機関あたり)	
			入院外	入院
80	重度障害者医療費支給制度	3 歳～小 6	500 円/月 (上限)	500 円/日 (低所得者は 300 円/日) ※月 7 日限度
		中学生～64 歳		500 円/日 (低所得者は 300 円/日)
		65 歳以上	無 料	※月 20 日限度
81	子ども医療費支給制度	3 歳未満	無 料	
		3 歳～就学前	600 円/月 (上限)	500 円/日 ※月 7 日限度
		小 1～小 6	1,200 円/月 (上限)	
		中 1～中 3		
90	ひとり親家庭等医療費支給制度	800 円/月 (上限)	500 円/日	※月 7 日限度

※詳細は別紙をご参照ください。