

【事例②-5】

共通

医療保険と(52)小児慢性と(80)子ども医療給付事業(現物給付)の3者併用(未就学者2割・外来・高額なし・公費自己負担あり)

◎異点数の場合

診療報酬明細書(医科入院外) 令和5年4月分 県番 46 医コ 99.9999.9

1医科	1社	33併	4六外
-----	----	-----	-----

公費①	52	46	〇〇〇〇	公受①	〇〇〇〇〇〇	〇
公費②	80	46	〇〇〇〇	公受②	〇〇〇〇〇〇	〇

国の公費が優先となりますので公費①、公受①に「(52)小児慢性」の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。

公費②、公受②に「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。

特記事項
30区オ

傷病名
(1)
(2)
小児慢性等各公費の自己負担額は、所得に応じて異なる場合がありますので、受給者証等で御確認ください。

診療開始日
(1) 年 月 日
(2) 年 月 日
公②に、総日数を記載します。

診療実日数	保	2	日
①		1	日
②		2	日

療養の給付	請求点	※決定	一部負担金額 円
保険	7,000		
公①	5,500		2,500
公②	7,000		空欄

公②「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」に係る一部負担金額欄の記載は不要です。
※当該公費に係る自己負担額はありませので空欄とします。「0円」の表示も不要

※高額 円 ※公点 ※公点

医療保険と国の公費(公①)の点数が異なる場合、公②は総医療費の点数を記載します。

【療養の給付の請求(負担)金額】

○療養の給付

医保

$$56,000 \text{ 円} = 70,000 \text{ 円 (総医療費)} \times 0.8$$

(52)小児慢性

$$8,500 \text{ 円} = 55,000 \text{ 円 (52医療費)} \times 0.2 - 2,500 \text{ 円 (52自己負担額)}$$

(80)子ども医療給付事業(現物給付)

$$5,500 \text{ 円} = (70,000 \text{ 円 (総医療費)} - 55,000 \text{ 円 (52医療費)}) \times 0.2 + 2,500 \text{ 円 (52自己負担額)}$$

患者

0円

【事例②-6】

共通

医療保険と(52)小児慢性と(80)子ども医療給付事業(現物給付)の3者併用(家族3割・外来・高額なし・公費自己負担あり)
 ◎異点数の場合

診療報酬明細書(医科入院外) 令和5年4月分 県番 46 医コ 99.9999.9 1医科 1社 33併 6家外

公費①	52	46	〇〇〇	〇	公受①	〇〇〇	〇〇〇	〇
公費②	80	46	〇〇〇	〇	公受②	〇〇〇	〇〇〇	〇

国の公費が優先となりますので公費①、公受①に「(52)小児慢性」の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。

公費②、公受②に「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。

氏名: 特記事項: 30区オ

傷病名: (1) (2) 診療開始日: (1) 年月日 (2) 年月日 診療実日数: ① 1日 ② 2日

小児慢性等各公費の自己負担額は、所得に応じて異なる場合がありますので、受給者証等で御確認ください。

公②に、総日数を記載します。

療養の給付	請求点	※決定	一部負担金額 円
保険	7,000		
公①	5,500		2,500
公②	7,000		空欄

公②「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」に係る一部負担金額欄の記載は不要です。
 ※当該公費に係る自己負担額はありませので空欄とします。「0円」の表示も不要

医療保険と国の公費(公①)の点数が異なる場合、公②は総医療費の点数を記載します。

【療養の給付の請求(負担)金額】

○ 療養の給付

医保

$$49,000 \text{ 円} = 70,000 \text{ 円 (総医療費)} \times 0.7$$

(52)小児慢性

$$14,000 \text{ 円} = 55,000 \text{ 円 (52医療費)} \times 0.3 - 2,500 \text{ 円 (52自己負担額)}$$

(80)子ども医療給付事業(現物給付)

$$7,000 \text{ 円} = (70,000 \text{ 円 (総医療費)} - 55,000 \text{ 円 (52医療費)}) \times 0.3 + 2,500 \text{ 円 (52自己負担額)}$$

患者

0円

【事例②-7】

共通

医療保険と(52)小児慢性と(80)子ども医療給付事業(現物給付)の3者併用(未就学者2割・外来・高額なし・公費自己負担なし)

◎異点数の場合

診療報酬明細書(医科入院外) 令和5年4月分 県番 46 医コ 99.9999.9

1医科		1社		33併		4六外	
公費① 52 46 〇〇〇 〇		公受① 〇〇〇 〇〇〇 〇		公費② 80 46 〇〇〇 〇		公受② 〇〇〇 〇〇〇 〇	
氏名		特記事項 30区オ		保険医療機関の所在地及び名称		診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日	
職務上の事由		傷病名 (1) (2)		診療実日数 保 2 日 ① 1 日 ② 2 日		公②に、総日数を記載します。	
請求点		※決定		一部負担金額 円		公②「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」に係る一部負担金額欄の記載は不要です。 ※当該公費に係る自己負担額はありませぬので空欄とします。「0円」の表示も不要	
7,000				0		※高額 円 ※公点 ※公点	
公① 5,500				空欄			
公② 7,000							

国の公費が優先となりますので公費①、公受①に「(52)小児慢性」の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。

公費②、公受②に「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。

小児慢性等各公費の自己負担額は、所得に応じて異なる場合がありますので、受給者証等で御確認ください。

医療保険と国の公費(公①)の点数が異なる場合、公②は総医療費の点数を記載します。

【療養の給付の請求(負担)金額】

○療養の給付

医保

$$56,000 \text{ 円} = 70,000 \text{ 円 (総医療費)} \times 0.8$$

(52)小児慢性

$$11,000 \text{ 円} = 55,000 \text{ 円 (52医療費)} \times 0.2 - 0 \text{ 円 (52自己負担額)}$$

(80)子ども医療給付事業(現物給付)

$$3,000 \text{ 円} = (70,000 \text{ 円 (総医療費)} - 55,000 \text{ 円 (52医療費)}) \times 0.2 + 0 \text{ 円 (52自己負担額)}$$

患者

0 円

医療保険と国の公費(51.52.54を除く)と子ども医療給付事業(現物給付)の3者併用(未就学者2割・入院・高額発生)

◎同点数、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合

診療報酬明細書 都道府 医療機関コード

1 社・国 3 後期 1 単独 1 本人 7 高入一
 医科 2 公費 4 退職 2 2 併 ③ 六入 9 高入7
 5 家入 9 高入7
 10 9 8
 7 ()

公費①、公受①に国の公費(51.52.54を除く)負担者番号、公費受給者番号を記載します。

公費負担者番号①	00460000	公費負担医療の受給者番号①	00000000
公費負担者番号②	80460000	公費負担医療の受給者番号②	00000000

公費②、公受②に「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。

特記事項に所得区分を記載します。

特記事項 30区オ

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分(オ))が提示された場合であっても、療養の給付については、一律一般の所得区分での計算となります。

公費①の自己負担額については、当事例では「5,000円」と記載しておりますが、各公費制度に応じた金額を記載します。

療養の給付	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
療養の給付	50,000		82,430	30	19,200		6,300
公費①	50,000		5,000	30	19,200		6,300
公費②	50,000		空欄	0	0		0

公②「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」に係る一部負担金額欄の記載は不要です。
 ※当該公費に係る自己負担額はありませので空欄とします。「0円」の表示も不要

食事療養費は、子ども医療給付対象外のため、公費②の食事療養費欄は、回数「0回」、請求額「0円」、標準負担額「0円」と記載します。
 ※「空欄」とならないよう必ず表記します。

【療養の給付の請求(負担)金額】

○ 療養の給付

医保 417,570円 = 400,000円(8割分) + 17,570円(高額療養費)
 82,430円【公費①給付限度額】 = {80,100 + (500,000(総医療費) - 267,000) × 0.01}
 17,570円【高額療養費】 = 500,000円(総医療費) × 0.2 - 82,430円(80給付限度額)

国の公費(51.52.54を除く) 77,430円 = 82,430円(公費①給付限度額) - 5,000円(公費①自己負担額)

(80)子ども医療給付事業(現物給付) 5,000円(公費①自己負担額)

患者 0円

○ 食事療養費

医保 12,900円 = 19,200円(総食事額) - 6,300円(標準負担額)

国の公費(51.52.54を除く) 6,300円

(80)子ども医療給付事業(現物給付) 0円(給付対象外)

患者 0円

医療保険と国の公費(51.52.54を除く)と子ども医療給付事業(現物給付)の3者併用(家族3割・入院・高額発生)

◎同点数、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合

診療報酬明細書 都道府 医療機関コード

1 社・国 3 後期 1 単独 1 本人 7 高入一
 医 科 2 公費 4 退職 3 併 3 併 6 家人 9 高入7
 10 9 8
 7 ()

公費①、公受①に国の公費(51.52.54を除く)負担者番号、公費受給者番号を記載します。

公費負担者番号①	00460000	公費負担医療の受給者番号①	00000000
公費負担者番号②	80460000	公費負担医療の受給者番号②	00000000

公費②、公受②に「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。

特記事項に所得区分を記載します。

特記事項 30区オ

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分(オ))が提示された場合であっても、療養の給付については、一律一般の所得区分での計算となります。

公費①の自己負担額については、当事例では「5,000円」と記載しておりますが、各公費制度に応じた金額を記載します。

療養の給付	請求点	決定点	負担金額(円)	請求額(円)	決定額(円)	標準負担額(円)
療養	50,000		82,430	30	19,200	6,300
公費①	50,000		5,000	30	19,200	6,300
公費②	50,000		空欄	0	0	0

公②「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」に係る一部負担金額欄の記載は不要です。
 ※当該公費に係る自己負担額はありませので空欄とします。「0円」の表示も不要

食事療養費は、子ども医療給付対象外のため、公費②の食事療養費欄は、回数「0回」、請求額「0円」、標準負担額「0円」と記載します。
 ※「空欄」とならないよう必ず表記します。

【療養の給付の請求(負担)金額】

○ 療養の給付

医保 417,570円 = 350,000円(7割分) + 67,570円(高額療養費)
 82,430円【公費①給付限度額】 = {80,100 + (500,000(総医療費) - 267,000) × 0.01}
 67,570円【高額療養費】 = 500,000円(総医療費) × 0.3 - 82,430円(80給付限度額)

国の公費(51.52.54を除く) 77,430円 = 82,430円(公費①給付限度額) - 5,000円(公費①自己負担額)

(80)子ども医療給付事業(現物給付) 5,000円(公費①自己負担額)

患者 0円

○ 食事療養費

医保 12,900円 = 19,200円(総食事額) - 6,300円(標準負担額)

国の公費(51.52.54を除く) 6,300円

(80)子ども医療給付事業(現物給付) 0円(給付対象外)

患者 0円

医療保険と(51)特定疾患、(52)小児慢性又は(54)難病と(80)子ども医療給付事業(現物給付)の3者併用(家族3割・入院・高額発生)

◎同点数、適用区分(オ)の記載のある受給者証等が提示された場合

診	国の公費が優先となりますので公費①、公受①に国の公費(51.52.54)の公費負担者番号、公費受給者番号を記載します。		機関コード 99.9999.9	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単 2 併 3 併	1 本入 3 六入 5 家入	7 高入一 9 高入7			
公費負担者番号①	5	2	4	6	0	0	0	0			
公費負担者番号②	8	0	4	6	0	0	0	0			
氏名				特記事項 30区オ	保険医療機関の所在地 名称						
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			特記事項に所得区分を記載します。							
傷病名	(1)	受給者証(適用区分(オ))が提示された場合の療養の給付については、所得区分(低所得)に応じた計算となります。		小児慢性等各公費の自己負担額は、所得に応じて異なる場合がありますので、受給者証等で御確認ください。				10 日			
	(2)							10 日			
	(3)							10 日			
療養の給付	請求点	※決定点	負担金額	円	保	食	求	円	※決定	円	(標準負担額)円
保険	50,000		35,400		30	19,200					6,300
公費①	50,000		2,500		30	19,200					6,300
公費②	50,000		空欄		0	0					0

公費②「(80)子ども医療給付事業(現物給付)」に係る一部負担金額欄の記載は不要です。
※当該公費に係る自己負担額はありませので空欄とします。「0円」の表示も不要

食事療養費は、子ども医療給付対象外のため、公費②の食事療養費欄は、回数「0回」、請求額「0円」、標準負担額「0円」と記載します。
※「空欄」とならないよう必ず表記します。

【療養の給付の請求(負担)金額】

○ 療養の給付

医保 464,600 円 = 350,000 円 (7割分) + 114,600 円 (高額療養費)
 35,400 円【52給付限度額】 = 自己負担限度額 35,400 円
 114,600 円【高額療養費】 = 500,000 円 (総医療費) × 0.3 - 35,400 円 (52給付限度額)

(52)小児慢性 32,900 円 = 35,400 円 (52給付限度額) - 2,500 円 (52自己負担額)

(80)子ども医療給付事業(現物給付) 2,500 円 (52自己負担額)

患者 0 円

○ 食事療養費

医保 12,900 円 = 19,200 円 (総食事額) - 6,300 円 (標準負担額)

(52)小児慢性 6,300 円

(80)子ども医療給付事業(現物給付) 0 円 (給付対象外)

患者 0 円

【参考】 1 診療(調剤)報酬請求書の記載方法 (社保)

【1枚目】

令和 5 年 4 月分診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)
別記 殿

医療機関コード

保険医療機関の

所在地及び名称

下記のとおり請求します。 令和 年 月 日 開設者氏名

入・外

区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額

(中略)

医療 保 険	医保家族と公費の併用									
	医 保 単 独 (家 族)	01	(協)							
		02	(船)							
		03	(日)	請求書1枚目の該当種別の「医保家族と公費の併用」欄に請求件数等の記載をお願いします。 (国の公費負担医療に係る請求書の記載方法と同様です。)						
		04	(日特)							
		31~34	(共)							
		06	(組)							
	63・72~75	(退)								
	小 計									
	医保(6歳)と公費の併用									
医 保 単 独 (六 歳)	01	(協)								
	02	(船)								
	03	(日)	請求書1枚目の該当種別の「医保(6歳)と公費の併用」欄に請求件数等の記載をお願いします。 (国の公費負担医療に係る請求書の記載方法と同様です。)							
	04	(日特)								
	31~34	(共)								
	06	(組)								
63・72~75	(退)									
小 計										

(以下略)

【2枚目】

区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金 (控除額)	件数	回数	金額	標準負担額
公 費 と 医 保 の 併 用	12(生保)							
	10(感染症37の2)							
	80(子ども医療給付事業)							
公 費 と 公	12(生保)	請求書2枚目の「公費と医保の併用」欄の空白行に法別番号等を記載のうえ 請求件数等の記載をお願いします。(括弧内は省略可。)						
	10(感染症37の2)							

(以下略)

【参考】 2 総括票及び診療(調剤)報酬請求書の記載方法 (国保)

・総括票

公費負担医療				件数	患者負担額	公費負担医療		食 事 療 養 ・ 生 活 療 養	
		41	2			件数	金額	標準負担額	
80	入院	41	1			41	2		
	外来	42	1						
	入院	41	1			41	2		
	外来	42	1						
	入院	41	1			41	2		

・請求書

公費負担医療		療 養 の 給					一部負担金		件数	日
		件数	診療実日数	点数		円	件数	日		
80	請 求	入院	件	日	点	円	件	日		
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
請 求	入院									
	入院外									

総括票続紙(訪問看護ステーションは1枚目)及び請求書続紙の「公費負担医療」欄に法別番号「80」を記載のうえ、請求件数等の記載をお願いします。
 ※国の公費負担医療に係る請求書の記載方法と同様です。

3 柔道整復施術療養費提出時の留意点

(1) 国民健康保険（国保組合含む）の場合

柔道整復施術療養費支給申請書の公費負担者番号欄及び受給者番号欄に子ども医療給付受給資格者証から、公費負担者番号及び受給者番号を記載してください。

(2) 被用者保険（社保）の場合

柔道整復施術療養費支給申請総括票（Ⅱ）及び公費負担者番号等の入った柔道整復施術療養費支給申請書の写しを国保連合会に提出してください。

※柔道整復施術療養費支給申請総括票（Ⅱ）及び柔道整復施術療養費支給申請書は、写しと判断出来るように右上部に朱色で（写）と記載をお願いします。（別添1，2参照）

※「第3章 高額療養費の取扱いについて」は柔道整復施術療養費は、対象外です。

別添1 (総括票(Ⅱ)の請求方法) (社保)

【記載例】

平成 30 年 10 月分

保険者番号 ○○○○○○○○○

柔道整復施術療養費支給申請総括票(Ⅱ)



保険者名 : ○ ○ ○ ○ 殿

(請求者) 登録記号番号 協(または契)46○○○○○○-○-○
 柔道整復師 ○○ ○○
 施術所名 ○○整骨院

柔道整復施術療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件 数	費 用 額	一 部 負 担 金	請 求 金 額
		件	円	円	円
請 求	本 人				
	家 族	1	4,610	922	3,688
※ 決 定	本 人				
	家 族				
※ 返 戻	事 前 分	本 人			
		家 族			
	保 険 者	本 人			
		家 族			
※ 誤 算	本 人				
	家 族				
※ 増 減	本 人				
	家 族				
振込先					

- ・ ※印の欄は記入しないこと。
- ・ 国保と退職者は本人・家族別にそれぞれ合算して記入すること。
- ・ 老人保健は「本人」の欄に記入すること。(国保・退職者と合算)

別添2 (申請書の請求方法) (社保)

【記載例】

写

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 30 年 10 月分

都道府県番号	施術機関コード
保険者番号	
記号・番号	
1.協2.組	3.共
4.国5.退	6.後期
1.単割 2.2併 3.3併	1.本人 2.本人 3.本人
1.単割 2.2併 3.3併	4.六歳 5.六歳 6.家族
8.高一 9.高一	給付割合
10・9	8・7

朱書

公費負担者番号①	8 0 4 6 * * * *	公費負担医療の受給者番号①	* * * * * * *
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

公費負担者番号の記載

受給者番号の記載

被保険者 世帯主・組合員 受給者

療養を受けた者の氏名 生年月日 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による

負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転帰
(1)						治癒・中止・転医
(2)						治癒・中止・転医
(3)						治癒・中止・転医
(4)						治癒・中止・転医
(5)						治癒・中止・転医

経過 請求区分 新規・継続

施術日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

初検料 円 初検時相談支援料 円 再検料 円 往診料 km 回 円 金属副子等加算(大・中・小) 円 計 円
加算(休日・深夜・時間外) 円 加算(夜間・難路・暴風雪) 円 施術情報提供料 円

整復料・固定料・施療料 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円 計 円

部位	透減 %	透減開始月日	後療料 円 回	冷電法料 円 回 80 円	温電法料 円 回 75 円	電療料 円 回 30 円	計 円	多部位 計 円	長期 計 円
(1)	100	---						---	---
(2)	100	---						---	---
(3)	60	---						0.6	
(4)	100	---						---	---
(4)	60	---						0.6	
(4)	100	---						---	---

摘要	合計	4,610	円
	一部負担金	922	円
	請求金額	3,688	円
	※		円

支払区分	預金の種類	金融機関	フリガナ	登録記号番号
1.振込	1.普通	銀行	本店	協(または契)46〇〇〇〇〇〇-〇-〇
2.銀行送金	2.当座	金庫	支店	
3.当地払	3.通知	農協	本・支所	
	4.別段			

上記の通り施術したことを証明します。
平成 年 月 日
所在地 〒
施術所 名称
電話
柔道 フリガナ
整復師 氏名

上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。
平成 年 月 日
住所(上記住所欄と同じ)
被保険者
世帯主
組合員 氏名
受給者
この欄は患者が記入してください。患者が記入できない場合は、代理記入の上、押印してください。

Q & A 編

1 受給者証について

Q 1 月途中で他市町村へ転居した場合、受給者証はどのような取扱いになるのですか。

A 1 県内市町村から県内他市町村へ転居した場合は、転入日の属する月の末日（転入日が月の初日であるときはその前日）をもって前の住所地の受給者の資格を喪失しますので、資格喪失後に新しい住所地の受給者証の提示がない場合は保険診療の一部負担金の徴収をお願いします。

県外市町村から県内市町村へ転居した場合は、転入日から新しい住所地での給付対象となります。

新しい住所地の受給者証の提示がなかった際にかかった医療費は、新しい住所地の市町村窓口で給付を申請する「償還払」の取扱いとなります。

Q 2 年度途中で所得更正等により非課税世帯から課税世帯に変わった場合、受給者証はどのような取扱いになるのですか。

A 2 本人からの届出等により市町村が把握した場合は、その把握した日の属する月の末日をもって受給者の資格を喪失します。市町村においては、有効期間の途中で受給者の資格を失った者の受給者証の回収に努めることとしています。

Q 3 受給者証の有効期間はどのように設定されていますか。

A 3 8月1日から翌年の7月末日までとなります（初年度である平成30年度は、10月1日から翌年の7月末日まで）。ただし、発行年度に18歳になる子どもについては、3月31日までです。

なお、受給者証の有効期間について医療機関等の窓口での十分な確認をお願いします。

Q 4 受給者が受給者証を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。

A 4 受給者証の提示がない場合、子ども医療給付事業で請求せず、保険診療の一部負担金額を医療機関等の窓口で徴収することになります。

なお、受診者は後日市町村窓口で償還払の手続を行います。

Q 5 受給者証の確認は、月初め（1回目の受診時）に行えば同一月内は省略してもよいですか。

A 5 月1回の確認でよいものとしています。

2 子ども医療給付事業の請求について

Q 1 子ども医療給付事業の請求はどこに、どのように行うのですか。

A 1 子ども医療給付事業の請求は、加入している保険が国民健康保険の場合は、鹿児島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鹿児島支部へ、医療保険と公費（「子ども医療給付事業」）の併用レセプトにより行っていただきます。

Q 2 受給者の加入する保険者の所在地は、鹿児島県外でも問題ありませんか。

A 2 受給者の住所地が鹿児島県内であれば、保険者の所在地は関係ありません。

Q 3 県外の医療機関を受診し発行された処方せんには公費負担者番号が記載されていませんが、県内の医療機関で発行された処方せんと同様に、県内の保険調剤薬局において、子ども医療給付事業で請求することができますか。

A 3 県外の医療機関で発行された処方せんを提示された場合は、受給者証により公費負担者番号等の受給者番号をご確認いただき、県内の医療機関を受診し発行された処方せんと同様に子ども医療給付事業で請求してください。

Q 4 乳幼児医療費助成事業（自動償還払い方式）では、保険給付を受けた日の属する月の翌月から起算して6月を超える場合は申請できないとされています。子ども医療給付事業の取り扱いはどうなりますか。

A 4 市町村の条例により、原則として6月を超える場合は申請できないとされており、これは子ども医療給付事業でも同様となります。ただし、やむを得ない事情があると認められる場合はこの限りでないとしており、公費負担先の市町村にお問い合わせください。

※ 6月の期間は市町村における代表的な事例。

Q 5 同月内で日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費と、対象とならない医療費が混在する場合は、レセプト上の記載はどのようにすればいいですか。

A 5 子ども医療給付事業（公費）の請求点数欄に、日本スポーツ振興センターの災害共済給付分を除いた点数を記載してください。

なお、災害共済給付の対象分については、窓口で一部負担金を徴収してください。

資料編

1 お問い合わせ先一覧

(1) 診療（調剤）報酬明細書の記載方法について

- ① 市町村国保、国保組合分について
鹿児島県国民健康保険団体連合会 審査管理課
住所：〒890-0064
鹿児島市鴨池新町7番4号 鹿児島県市町村自治会館内
電話：099-206-1037 FAX:099-206-1085
- ② 被用者保険（社会保険）分について
社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部 事業管理課
住所：〒890-8552
鹿児島市宇宿1丁目52番12号
電話：099-255-0121 FAX:099-256-7084

(2) その他制度全般の内容について

- ① 子ども医療給付事業の制度内容
鹿児島県くらし保健福祉部子ども家庭課
住所：〒890-8577
鹿児島市鴨池新町10番1号
電話：099-286-2763 FAX:099-286-5560
- ② 子ども医療給付事業の具体的な内容
受給者証の発行など、詳細は実施主体である各市町村あてお問い合わせください。
各市町村の子ども医療費助成事業の担当課は次ページを参照

子ども医療費助成制度 市町村担当窓口一覧

市町村名	担当課名	電話番号
鹿児島市	こども福祉課	099-216-1261
鹿屋市	子育て支援課	0994-31-1134
枕崎市	福祉課	0993-73-5612
阿久根市	福祉課児童福祉係	0996-73-1248
出水市	こども課	0996-63-4047
指宿市	地域福祉課こども保育係	0993-22-2111 (内線271)
西之表市	福祉事務所子育て支援係	0997-22-1111 (内線322・328)
垂水市	福祉課	0994-32-1111
薩摩川内市	子育て支援課	0996-23-5111
日置市	こども未来課	099-201-3421
曾於市	福祉事務所子ども福祉係	0986-76-8870
霧島市	子育て支援課	0995-64-0991
いちき串木野市	子どもみらい課	0996-33-5618
南さつま市	子ども未来課	0993-76-1819
志布志市	福祉課	099-474-1111
奄美市	福祉政策課	0997-52-1160
南九州市	福祉課子育て支援係	0993-56-1111
伊佐市	こども課	0995-23-1328
始良市	子どもみらい課	0995-66-3237
三島村	民生課	099-222-3141
十島村	住民課	099-222-2101
さつま町	子ども支援課	0996-53-1111
長島町	福祉事務所	0996-86-1146
湧水町	健康増進課	0995-74-3111
大崎町	保健福祉課健康増進係	099-476-1111
東串良町	福祉課	0994-63-3103
錦江町	健康保険課	0994-22-3044
南大隅町	介護福祉課	0994-24-3126
肝付町	健康増進課	0994-65-2564
中種子町	福祉環境課	0997-27-1111
南種子町	保健福祉課	0997-26-1111
屋久島町	福祉支援課子育て支援係	0997-43-5900
大和村	保健福祉課	0997-57-2218
宇検村	保健福祉課	0997-67-2212
瀬戸内町	町民生活課	0997-72-1060
龍郷町	子ども子育て応援課	0997-69-4555
喜界町	保健福祉課	0997-65-3685
徳之島町	介護福祉課	0997-82-1111
天城町	長寿子育て課	0997-85-5333
伊仙町	子育て支援課	0997-86-3111
和泊町	町民支援課	0997-84-3516
知名町	子育て支援課	0997-84-3170
与論町	町民生活課	0997-97-4930

2 各市町村 受給者証様式 ※実際の大きさと異なります。

(鹿児島市)

鹿児島市子ども医療費受給者証 (案：現物給付)

【サイズ】縦：4.5cm × 横：8.6cm (クレジットカード大)

様式第2(第3条関係)

(表)

鹿児島市子ども医療費受給者証		
市町村番号**	事業番号*	受給者番号 1234567
公費負担者番号 80460017 (一部負担金：0円)		
子ども氏名	山下 小市朗	
生年月日	平成30年 1月 1日	
受給者氏名	山下 市朗	
住 所	山下町10番30号	
保険者名称	鹿児島市国民健康保険	
受給期間	入院	H30. 10. 1 ~ H31. 7. 31
	外来	H30. 10. 1 ~ H31. 7. 31
交付日	平成30年 9月20日	鹿児島市長 印

※裏面も必ずお読みください。

※ 網掛けは現物給付の場合に表示される箇所

(裏)

注 意 事 項	
1	この受給者証がないと助成金の請求はできませんので、大切に保管してください。
2	保険医療機関等で受診する際は、被保険者証又は組合員証に添えてこの受給者証を窓口で必ず提示し、保険診療による一部負担金を支払ってください。
3	助成金の請求は、診療の翌月から起算して1年以内に行ってください。
4	鹿児島県外の保険医療機関等で診療を受けた場合は、診療の翌月以降に、受診者の氏名、診療月、保険点数(保険診療による一部負担金)等の記載された領収書を支給申請書に添えて市に提出してください。
5	助成金の額(保険者から支給される高額療養費、附加給付金等は控除して助成します。) (1) 3歳未満の子ども……………保険診療による一部負担金の額 (2) 前記以外の子ども……………各月ごとの保険診療による一部負担金の額から2千円を控除した額。ただし、市町村民税非課税世帯の子どもは、保険診療による一部負担金の額
※ 子どもとは15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。なお、月の中途において3歳に達したときは、その日の属する月の末日までは3歳未満の子どもとみなします。	
6	転出、死亡、生活保護開始又は振込先の口座その他この受給者証の記載事項に変更が生じた場合は、市への届出が必要です。

受給者証の表示の違い

【自動償還払】受給者番号9桁、市町村番号01、事業番号1、有効期間中3まで
 【現物給付】受給者番号7桁、公費負担者番号8046001(固定)、市町村番号**、事業番号*、有効期間1年間

鹿児島市子ども医療費受給者証 (自動償還払)

【サイズ】縦：4.5cm × 横：8.6cm (クレジットカード大)

様式第2(第3条関係)

(表)

鹿児島市子ども医療費受給者証		
市町村番号 01	事業番号 1	受給者番号 123456789
子ども氏名	山下 小太郎	
生年月日	平成30年 1月 1日	
受給者氏名	山下 太郎	
住 所	山下町11番1号	
保険者名称	鹿児島市国民健康保険	
受給期間	入院	H30. 1. 1 ~ H45. 3. 31
	外来	H30. 1. 1 ~ H45. 3. 31
交付日	平成30年 1月 4日	鹿児島市長 印

※裏面も必ずお読みください。

現物給付用

自動償還払用

(鹿屋市)

※実際の大きさと異なります。

子	子ども医療給付受給資格者証 (現物給付)									
公費負担者番号 (一部負担金:0円)										
証番号										
受給資格者	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	年	月	日						
扶養義務者	氏名									
	住所	鹿屋市								
加入保険	被保険者名									
	保険証 記号・番号									
	保険者名									
有効期間		年	月	日から						
		年	月	日まで						
年 月 日交付										
鹿屋市長 印										

※裏面を必ずお読みください。

(裏)

注 意 事 項
<p>1 この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において受診した際に、一部負担金を支払わなくても受診でき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。 ただし、食事療養等医療保険の適用とならないものは除きます。</p> <p>2 保険医療機関等で受診するときは、被保険者証又は組合員証にこの証を添えて窓口に必ず提示してください。</p> <p>3 鹿児島県外の保険医療機関等で受診した時や、この証を提示しないで受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、保険医療機関の受診証明書又は領収書等を添えて鹿屋市に助成金の支給申請をしてください。</p> <p>4 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となる場合は、手続が必要となる場合があります。</p> <p>5 次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに鹿屋市子育て支援課児童家庭係まで必ず届け出て、係員の説明を受けてください。 (1) あなたの世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。 (2) あなた又は子どもの住所、氏名、医療保険に変更があったとき。 (3) 子どもが生活保護法の適用を受けるようになったとき。 (4) 子どもが鹿屋市から転出するとき、又は死亡したとき。 (5) この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。</p> <p>6 毎年、6月1日～30日までの間に更新の手続を行います。6月30日までに児童手当の現況届の際に提出された課税証明書を提出してください。(なお、本市で確認できる場合は、提出は不要です。) 詳しくは、鹿屋市子育て支援課にお尋ねください。電話:0994-31-1134</p> <p>※口頭から何でも相談できる「かかりつけ医」を持ち、まずは、早めにかかりつけ医に相談しましょう。 ※夜間における子ども(おおむね15歳未満の子ども)の急な病気について、看護師等が応急措置や医療機関の受診の必要性などの助言を行う「鹿児島県小児救急電話相談」を実施しています。 電話番号「8000」番(又は099-254-1186)携帯電話からも利用可能 受付時間 平日・土曜日 19時～翌朝8時 日曜・休日・年末年始8時～翌朝8時</p>

(出水市)

第6号様式(第4条関係)

(表)

子	子ども医療給付受給資格者証									
公費負担者番号 (一部負担金:0円)										
受給資格者番号										
受給資格者氏名										
乳幼児	氏名									
	生年月日	年	月	日						
資格期間 (有効期間)	信	年	月	日						
	空	年	月	日						
年 月 日交付 出水市長 印										

(裏)

注 意 事 項
<p>1 この受給資格者証は、県内の医療機関等で受診した際に、一部負担金を支払わなくても受診できること(食事療養費等医療保険の適用とならないものは除きます。)を証明するものですので、大切に保管してください。</p> <p>2 県内の医療機関等で受診するときは、この証と健康保険証を窓口で提示してください。県外の医療機関等で受診したときやこの証を提示しないで受診したときは、保険の自己負担分を窓口で支払い、医療機関等の証明書又は領収書を添えて、出水市に助成金の申請手続をしてください。</p> <p>3 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となる場合は、手続が必要となる場合があります。</p> <p>4 次の場合には、必ず出水市に届け出てください。 (1) 世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。 (2) 受給資格者又は子どもの住所・氏名・医療保険のいずれかに変更があったとき。 (3) 子どもが生活保護法の適用を受けるようになったとき。 (4) 子どもが出水市から転出するとき、又は死亡したとき。</p> <p>5 この証を破損又は亡失したときは、再交付を受けてください。</p>

(垂水市)

※実際の大きさと異なります。

(表)

垂水市子ども医療給付受給資格者証							
公費負担者番号 (一部負担金：0円)							
受給者番号							
受給資格者氏名							
保険証記号番号							
子	氏	名					
ど	生	年	月	日			
も	住	所					
有	効	期	間	から		まで	
年	月	日	発行	垂水市長			印


(裏)

<p>注意事項</p> <p>1 この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において受診した際に、一部負担金を支払わなくても受診でき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。ただし、食事療養費等医療保険の適用とならないものは除きます。</p> <p>2 保険医療機関等で受診するときは、この証を保険証等に添えて窓口には必ず提示してください。(保険の自己負担分はお支払いください。)</p> <p>3 県外の保険医療機関等で受診したときや、この証を提示せず受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、領収書添えて垂水市に助成金の支給申請をしてください。</p> <p>4 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となるときは、手続が必要となる場合があります。</p> <p>5 次に書いてあることが生じたときは、必ず、垂水市福祉課まで届け出て、係員の説明を受けてください。</p> <p>(1) あなたの世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。</p> <p>(2) あなた又は子どもの住所、氏名、医療保険に変更があったとき。</p> <p>(3) 子どもが生活保護法の適用を受けるようになったとき。</p> <p>(4) 子どもが垂水市から転出するとき、又は死亡したとき。</p> <p>(5) この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。</p>
--

(薩摩川内市)

様式第2号(第3条関係)

(裏)

 <p>薩摩川内市 子ども医療費助成金受給資格者証</p> <p>市町村番号 子ども氏名 生年月日 住所 受給資格者 受給期間 被保険者名 保険者名 記号・番号 交付年月日</p>	<p>事業番号</p> <p>受給資格番号</p>
---	---------------------------

薩摩川内市長 印

- 鹿児島県内の保険医療機関等で受診するときは、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口には必ず提示し、保険診療に係る一部負担金をお支払いください。
- 鹿児島県外の保険医療機関等で受診したときや、鹿児島県内でこの証を提示せず受診した場合は、療養診療に係る一部負担金をお支払い後、領収書等を助成申請書に添えて市へ提出してください。(申請は、診療月の翌月から6箇月以内です。)
- ご加入の保険者から高額医療費や付加給付金等が支給される場合は助成額から控除されます。
- 受給資格者又は子どもの住所、氏名、離家保険証、転居日座等に変更がある場合や、転出、死亡、他の医療費助成制度の適用を受ける等の場合は、市への届出が必要です。

(霧島市)

※実際の大きさと異なります。

第3号様式の2(第4条関係)

(表)

霧島市子ども医療給付受給資格者証		給
受給者番号		
公費負担番号(一部負担なし)		
子ども氏名		
生年月日	年 月 日	
住 所		
受給資格者		
保険者名称		
有効期間	年 月 日～	年 月 日
交付年月日	年 月 日	
霧島市長		印

(裏)

1 この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において一部負担金を支払わなくても受診できること(食事療養費等医療保険の適用と異なるものを除く。)を証明するものですので、大切に保管してください。

2 鹿児島県内の保険医療機関等で受診するときは、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口には必ず提示してください。

3 鹿児島県外の保険医療機関等で受診したときや、鹿児島県内でこの証を提示せずに受診した時は、保険診療にかかる自己負担金をお支払いの後、領収証等を支給申請書に添えて市へ提出してください。[申請は6か月前の受診分までしかのびません。]

4 保険診療にかかる自己負担金が高額療養費等の対象となるときは、手続きが必要となる場合があります。

5 次の場合は必ず市へ届け出てください。

(1) 世帯の課税区分が非課税から課税になったとき。

(2) 子どもが霧島市から転出するとき。

(3) その他、この証の裏に記載された事項に変更があったとき。

※ 鹿児島県小児救急相談相談(番号099-254-1186)又は(099-254-1186)では、子どもの夜間の急な病気の応急処置や病院受診の助言を実施しています。

受付時間 平日・土曜 19時～翌朝8時、日曜・祝日・年末年始8時～翌朝8時

(曾於市)

(裏)

了 子ども医療給付受給資格者証	
鹿児島県内の保険医療機関等のみ有効	
有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日
公費負担者番号 (一部負担金：0円)	
受給者番号	
受給資格者	氏名
	住所 (フリガナ)
	氏名 生年月日
子ども	生年月日
	住所
医療保険	被保険者氏名
	保険証別号・番号
	保険者名 附加給付の有無
年 月 日 交付	
曾於市長 印	

注 意 事 項

- この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において受診したときに、一部負担金を支払わなくても受診でき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。ただし食事療養費等医療保険の適用と異なるものは除きます。
- 保険医療機関等を受診するときは、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口には必ず提示してください。
- 鹿児島県外の保険医療機関等で受診したときや、この証を提示しないで受診した場合は、保険の自己負担金を窓口で支払ってください。また、保険医療機関の受診証明又は領収書を添えて、診療月の翌月から6か月以内に曾於市に助成金の支給申請が必要になります。
- 保険の自己負担金が高額療養費等の支給対象になるときは、手続きが必要となる場合があります。
- 次に準じていることが生じたときは、速やかに曾於市下記担当係まで届け出て、係員の説明を受けてください。
 - あなたの世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。
 - あなた又は子どもの住所、氏名、医療保険に変更があったとき。
 - 子どもが生活保護法の適用を受けることになったとき。
 - 子どもが曾於市から転出するとき、又は死亡したとき。
 - この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。
- 毎年、7/1から7/31までの間に、本制度の対象となる方は、更新の手続きを行います。
- 日本スポーツ振興センター災害給付等の支給対象になるときは、本制度の対象外になります。

※日頃からなんでも相談できる「かかりつけ医」を持ち、まずは、早めにかかりつけ医に相談しましょう。

※夜間における子どもさん(おおむね15歳未満の子ども)の急な病気について、看護師等が応急処置や医療機関の受診の必要性などの助けを行う「鹿児島県小児救急相談」を実施しています。

電話番号「☎8000」番(又は099-254-1186)携帯電話からも利用可能

受付時間 平日・土曜 19時～翌朝8時
日曜・祝日・年末年始8時～翌朝8時

【お問合せ先】

電話 0986-76-1111	本庁	子ども未来課・子ども福祉係
099-482-1211	大隅支所	保健福祉課・福祉係
0986-72-1111	財部支所	保健福祉課・福祉係

(いちき串木野市)

※実際の大きさと異なります。

(表)		(裏)	
① 子ども医療給付受給資格者証		注 意 事 項	
※この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において、一部負担金を支払わなくても助成を受けることができる証です(ただし、医療保険適用外は除く。詳細は裏面参照)。		1 この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において受診したときに、一部負担金を支払わなくても子ども医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保管してください。ただし、食事療養費等医療保険の適用とならないものは除きます。	
有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日	2 保険医療機関等で受診するときは、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口必ず提示してください。	
公費負担者番号 (一部負担金：0円)		3 鹿児島県外の保険医療機関等で受診した時や、この証を提示しないで受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、保険医療機関等の受診証明又は、領収書等を添えていちき串木野市に助成金の支給申請をしてください。申請期限は診療月の翌月から起算して6か月以内です。6か月を超えたものは申請できません。	
受給者番号		4 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となるときは、手続が必要となる場合があります。	
受給資格者	氏名	5 次に書いてあることが生じたときは、必ず子どもみらい課子育て支援係又は市民課市民生活係まで届け出て、係員の説明を受けてください。	
	住所	(1) あなたの世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。	
	(ふりがな)	(2) あなた又は子どもの住所、氏名、医療保険及び受領希望金融機関に変更があったとき。	
子ども	氏名	(3) 子どもが生活保護法の適用を受けるようになったとき。	
	生年月日	年 月 日	男・女
	住所	(4) 子どもが当市から転出するとき、又は死亡したとき。	
医療保険	被保険者氏名	(5) この証が破れたり、汚れたり、又は無くなったとき。	
	保険証記号・番号	6 毎年7月頃、更新手続を行います。詳細については、市から通知いたします。	
	保険者名	詳しくは、いちき串木野市役所	
附加給付の有無	有 ・ 無	申木野庁舎 子どもみらい課 子育て支援係 Tel	
年 月 日 発行		市来庁舎 市民課 市民生活係 Tel	
いちき串木野市長 ①		へお尋ねください。	

(南さつま市)

第3号様式の2 (第3条の2関係)

(表面)		(裏面)	
南さつま市すこやか子ども医療費給付受給資格証			
市町村番号	市業番号	受給者番号	
公費負担者番号		(一部負担金：0円)	
子ども氏名	生年月日	年 月 日	
住所			
受給資格者	被保険者名	生年月日	年 月 日
給付期間	発行年月日	年 月 日	年 月 日
※裏面も必ずお読みください。			南さつま市長 ①
注 意 事 項			
1 すこやか子ども医療費助成金の支給に際し、保険医療機関等から市へ助成金額の決定に必要な受診に関する情報を送付します。このことについて受給資格証の使用をもって同意したとみなします。			
2 鹿児島県内の保険医療機関等で受診する際は、被保険者証又は組合員証に添えてこの受給資格証を窓口必ず提示してください。			
3 鹿児島県外の保険医療機関等で受診された際は、受診者氏名、診療月、保険点数、保険診療一部負担金等の記載された領収書を支給申請書に添えて市に提出してください。			
4 助成金の請求は、診療の翌月から起算して6か月以内に行ってください。			
5 助成金の額は、保険診療一部負担金の額とします。(被保険者から支給される高額療養費、附加給付金は控除します。)			
6 この受給資格証の記載事項、被保険者、被保護者の住所等に変更が生じた場合は、市への届出が必要です。			
※ 鹿児島県小児救急電話相談(☎600又は099-354-1186)では、子どもの夜間の急な病気の応急処置や病院受診の助成を実施しています。			
受付時間 平日・土曜 19時～翌朝8時、日曜・祝日・年末年始8時～翌朝9時			

※実際の大きさと異なります。

(南九州市)

第4号様式の2(第3条関係)

(表)

有効期間		自		年 月 日		至		年 月 日	
公費負担者番号 (一部負担金:0円)									
受給者番号									
受給資格者	氏名								
	住所								
子ども	(ふりがな)				受給資格者との続柄				
	氏名		生年月日		年 月 日		男・女		
	住所								
医療保険	被保険者氏名								
	保険証番号								
	保険者名								
付加給付の有無 有 ・ 無									
年 月 日発行									
南九州市長									

(裏)

注 意 事 項

- この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において受診したときに、一部負担金を支払わなくても受診できることを証明するものですから大切に保管してください。ただし、食事療養費等医療保険の適用とならないものは除きます。
 - 保険医療機関等で受診するときは、被保険者証又は組合証に添えてこの証を窓口にお示ししてください。
 - 鹿児島県外の保険医療機関等で受診した時で、この証を提示しないで受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、保険医療機関の受診証明書又は領収書等を添えて南九州市に助成金の支給申請をしてください。
 - 上記3に該当する申請書の提出期限は、診療月の翌月から起算して6箇月以内です。6箇月を超えたものは申請できません。
 - 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となるときは、手続が必要となる場合があります。
 - 次に記載してあることが生じたときは、必ず南九州市まで届けて、係員の説明を受けてください。
 - 受給資格者の世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。
 - 受給資格者又は子どもの住所、氏名、医療保険、支払希望金額機関に変更があったとき。
 - 子どもが生活保護法の適用を受けるようになったとき。
 - 子どもが南九州市から転出するとき、又は死亡したとき。
 - この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。
 - 発行後、6月1日～30日の間に更新の手続きを行います。6月末日までに児童手当の更新届の際に提出された所得届証明書を提出してください。(なお、本市で確認できる場合は、提出は不要です。)
- ※ 日頃からなんでも相談できる「かかりつけ係」を持ち、まずは、早めにかかりつけ係に相談しましょう。
- ※ 夜間における子どもさん(おおむね15歳未満の子ども)の急な病気について、看護師等が応急処置や医療機関の受診の必要性等の助言を行う「鹿児島県小児救急電話相談」を実施しています。
- 電話番号「#8006」番(又は099-254-1186)携帯電話からも利用可能
受付時間 平日・土曜日19時～翌朝8時 日曜・祝日・年末年始8時～翌朝8時

(三島村)

第3号様式の2(第4条関係)

三島村子ども医療給付受給資格者証	
公費負担者番号	8 0 4 6 0 2 0 7
受給資格者番号	
子ども	氏名
	生年月日
受給資格者	氏名
	住所
保険者名	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
交付日	年 月 日
三島村長	

病院、診療所、薬局等を受診するとき

・健康保険証に添えて、この受給資格者証を提示してください。

・鹿児島県外の病院等を受診したときは、役場窓口で支給申請が必要です。

助成金の支給申請を行うとき

・鹿児島県外の病院等を受診したときや、この受給資格者証を提示しないで受診したときは、役場窓口で助成金の支給申請が必要です。

- 次の書類を持参し、申請をしてください。
- ・病院等を受診したときの領収書(原本)
 - ・健康保険証・受給資格者証・印鑑

受給資格者証の交付を受けている方の届け出

次の各号に該当する方は、届け出が必要です。

- (1) 村外に転出(予定)するとき
- (2) 生活保護を受けることになったとき
- (3) 健康保険証が変わったとき
- (4) 村内で転居したとき
- (5) 氏名等が変わったとき
- (6) 受給資格者が死亡したとき

※届け出の際には、受給資格者証、健康保険証、印鑑(シャチハタ不可)をお持ちください。

(2) 県が示した様式と同じ（おおむね同じものも含む）

枕崎市，阿久根市，指宿市，西之表市，日置市，志布志市，奄美市，伊佐市，始良市，十島村，さつま町，長島町，湧水町，大崎町，東串良町，錦江町，南大隅町，肝付町，中種子町，南種子町，屋久島町，大和村，宇検村，瀬戸内町，龍郷町，喜界町，徳之島町，天城町，伊仙町，和泊町，知名町，与論町

第3号様式の2（第4条関係）

(表)

(裏)

(子) 子ども医療給付受給資格証	
有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日
公費負担者番号 (一部負担金：0円)	
受給者番号	
受給資格者	氏名
	住所
子ども	(ふりがな) 氏名
	生年月日
医療保険	被保険者氏名
	保険証 記号・番号
	有 ・ 無
	保険者名
	附加給付の有無
年 月 日発行	
市 町長 村	
印	

注 意 事 項
1 この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において受診した際に、一部負担金を支払わなくても受診でき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。 ただし、食事療養費等医療保険の適用とならないものは除きます。
2 保険医療機関等で受診するときは、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口へ必ず提示してください。
3 鹿児島県外の保険医療機関等で受診した時や、この証を提示しないで受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、保険医療機関の受診証明又は、領収書等を添えて〇〇市(町村)に助成金の支給申請をしてください。
4 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となるときは、手続は必要となる場合があります。
5 次に書いてあることが生じたときは、速やかに本市(町村)〇〇課〇〇係まで必ず届出でて、係員の説明を受けてください。 (1) あなたの世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。 (2) あなた又は子どもの住所、氏名、医療保険に変更があったとき。 (3) 子どもが生活保護法の適用を受けるようになったとき。 (4) 子どもが本市(町村)から転出するとき、又は死亡したとき。 (5) この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。
6 毎年、〇月〇〇日～〇〇日までの間に更新の手続きを行います。〇月〇〇日までに児童手当の現況届の際に提出された所得証明書も提出してください。 (なお、本市(町村)で確認できる場合は、提出は不要です。) 詳しくは、〇〇市町村〇〇課にお尋ねください。 電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
※ 日頃からなんでも相談できる「かかりつけ医」を持ち、まずは、早めにかかりつけ医に相談しましょう。
※ 夜間における子ども(おおむね15歳未満の子ども)の急な病気について、看護師等が応急処置や医療機関の受診の必要性などの助言を行う「鹿児島県小児救急電話相談」を実施しています。 電話番号「#8000」番(又は099-254-1186)携帯電話からも利用可能 受付時間 平日・土曜日19時～翌朝8時 日曜・祝日・年末年始8時～翌朝8時

令和4年2月17日

公益社団法人鹿児島県医師会会長 様

鹿児島県くらし保健福祉部
子ども家庭課長

子ども医療費助成事業における独立行政法人日本スポーツ振興センター等の
災害共済給付制度の取扱いについて（依頼）

時下、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

本県の子ども医療の推進につきましては、日頃から格別の御配慮をいただき感謝申し上げます。

さて、子ども医療費助成事業においては、独立行政法人日本スポーツ振興センター等が実施する災害共済給付制度（以下、「スポーツ保険」という。）の対象となる医療費は助成対象外としているところですが、子ども医療費助成事業とスポーツ保険を併用している事例が見受けられております。

つきましては、各医療機関等に対し、改めてスポーツ保険の対象となる医療費は子ども医療費助成事業の対象外である旨を周知いただくとともに、引き続き適切な制度運営に御協力いただきますよう、よろしく申し上げます。

なお、子ども医療費助成事業については、県ホームページ（ホーム>健康・福祉>子ども・少子化対策>周産期・小児医療>子ども医療費の窓口負担無料の対象が広がります（令和3年4月～））に医療機関向け手引き等を掲載しておりますので、御活用ください。

【問合せ先】

母子医療係 担当：大園

電 話：099-286-2763

FAX：099-286-5560

E-mail：k-iryo@pref.kagoshima.lg.jp

