

# 母子及び父子家庭等医療費助成事業 (自動償還)事務取扱マニュアル

【医療機関(医科・歯科・調剤)】

平成 28 年 9 月

沖縄県青少年・子ども家庭課

# 目 次

1	母子及び父子家庭等医療費助成事業の概要	1
2	母子及び父子家庭等医療費助成事業「自動償還」制度導入に伴う 医療機関等の事務について	2
3	自動償還方式の事務処理方法	5
4	沖縄県国民健康保険団体連合会への報告方法	7
5	各種様式関係	
	母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格証	8
	母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細報告書	9
	母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書	11
	母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書	15
6	参考資料	
	母子及び父子家庭等医療費助成事業自動償還実施予定市町村一覧	17
	関係機関連絡先	18

## 母子及び父子家庭等医療費助成事業の概要

### 1 制度の趣旨

母子家庭や父子家庭等に対し、医療費の一部を助成することにより、生活の安定と自立を促進し、もって母子家庭等の福祉の増進を図ることを目的とする。

### 2 実施主体 市町村

### 3 助成の方法

母子家庭や父子家庭の保護者と児童などが医療費に要した健康保険等の自己負担分を市町村が助成し、県は市町村が助成した経費の2分の1以内の額を市町村へ補助する。

### 4 制度の経過

- ・平成6年度から県の単独補助事業として母子家庭及び父子家庭等を対象に助成制度を開始した。平成10年度までに全市町村で実施。
- ・平成19年10月から、入院に係る自己負担額（入院1日につき700円、市町村民税非課税の場合は、入院1日につき300円）を廃止。

### 5 制度の概要

対象者	母子家庭の母と児童 父子家庭の父と児童 養育者が養育する父母のない児童	助成対象	医療保険各法の適用を受ける医療費の自己負担金（高額療養費等は控除）
所得制限	児童扶養手当所得制限額（一部支給）に準ずる	一部負担金	通院 医療機関毎月1,000円/人当たり 入院 なし
給付方法	償還払い 自動償還へ移行	補助率	県 1/2 市町村 1/2

### 6 沖縄県母子及び父子家庭等医療費助成事業の自動償還制度移行について

- ・母子及び父子家庭等医療費助成対象者が県内医療機関等で受診した場合、自己負担金を医療機関等へ支払い、その後、診療データが医療機関等から沖縄県国民健康保険団体連合会を經由し市町村へ送られ、受給者が市町村へ申請手続きを行わなくても、助成対象者（保護者）へ自動的に医療費が助成される制度。
- ・全ての保険診療医療費（入院・通院）が対象となる。
- ・市町村は、対象者へ「受給資格者証（自動償還）」（県内統一様式）を配布。

**母子及び父子家庭等医療費助成「自動償還」制度導入に伴う  
医療機関等の事務について**

1 医療機関における事務の内容について

(1) 受給資格者証(自動償還)の確認

母子及び父子家庭等医療費助成制度の受給資格者であることを窓口で確認をお願いします。

受給資格者証は、県内統一の仕様になります(色:若草色)

(2) 診療等に係る一部負担金の徴収

対象の母子家庭等の父母とその児童が受けた保険適用となる医療費について、従来どおり、保険負担割合に基づき、3割等の一部負担金(自己負担金)を徴収されるようお願いします。

(3) 「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細報告書」(第1号様式)及び「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」(第1号様式(別紙))の作成

月毎に作成し、期限までに沖縄県国民健康保険団体連合会へ持参、または送付等により提出するようお願いします。

【提出期限】	紙での報告	毎月10日まで
	電子媒体での報告	毎月15日まで
	オンラインでの報告	毎月15日まで

提出期限が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとします。

提出期限を過ぎた場合は、翌月の受付扱いとなります。

【電子データで報告する場合】

- ・上記明細書を電子データで報告する場合は、レセコン等のシステム改修が必要となります。
- ・「自己負担額支払明細データレコード仕様」に基づき、作成をお願いします。
- ・自己負担額支払明細書作成要領については、沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページに掲載しています。<http://www.okikoku.or.jp/ashoukan/>

「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」の報告対象について

保険適用の診療分のみ報告となります。

報告時点において、同一診療月の診療に係る自己負担額が全額支払い済の場合に国民健康保険団体連合会へ報告対象とします。

未払いがある場合は国民健康保険団体連合会への報告はせずに、領収書による市町村窓口での償還払い(自動償還ではない)になりますので、保護者へ申し添えをお願いします。未払いにより報告できなかったものについては、医療機関において全額支払いが済んだことが確認でき、かつ、医療機関において報告可能な場合は月遅れ分として報告することができます。

「支払い」とは、入院時の場合は自己負担支払額と食事療養費の両方を指しており、いずれかに未払いがある場合は報告の対象としません。

(4) 母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書の作成について

上記(3)提出後に受給資格者の負担すべき医療費について過不足が発生し、その精算を行った場合は、その都度、該当市町村あて「母子及び父子家庭等医療費等返戻等差額発生報告書」(第3号様式)の提出をお願いします。

自己負担額に変更がある場合のみ提出してください。

市町村の連絡先については、事務取扱マニュアル(本書)の参考資料「関係機関連絡先」をご参照ください。

2 事務手数料について

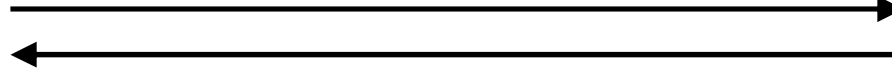
(1) 母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書の作成に要する事務手数料として、診療報酬明細書または調剤報酬明細書ごとに1件(レセ)当たり16円(消費税相当額及び地方消費税相当額を含む。)を交付します。

(2) 事務手数料の交付は毎月、沖縄県国民健康保険団体連合会を通して、診療報酬の口座へ振り込みます。



受給者

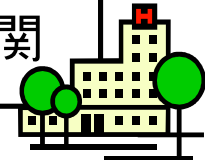
受診(受給者証提示・自己負担額支払)



自己負担額受領・領収書発行



医療機関

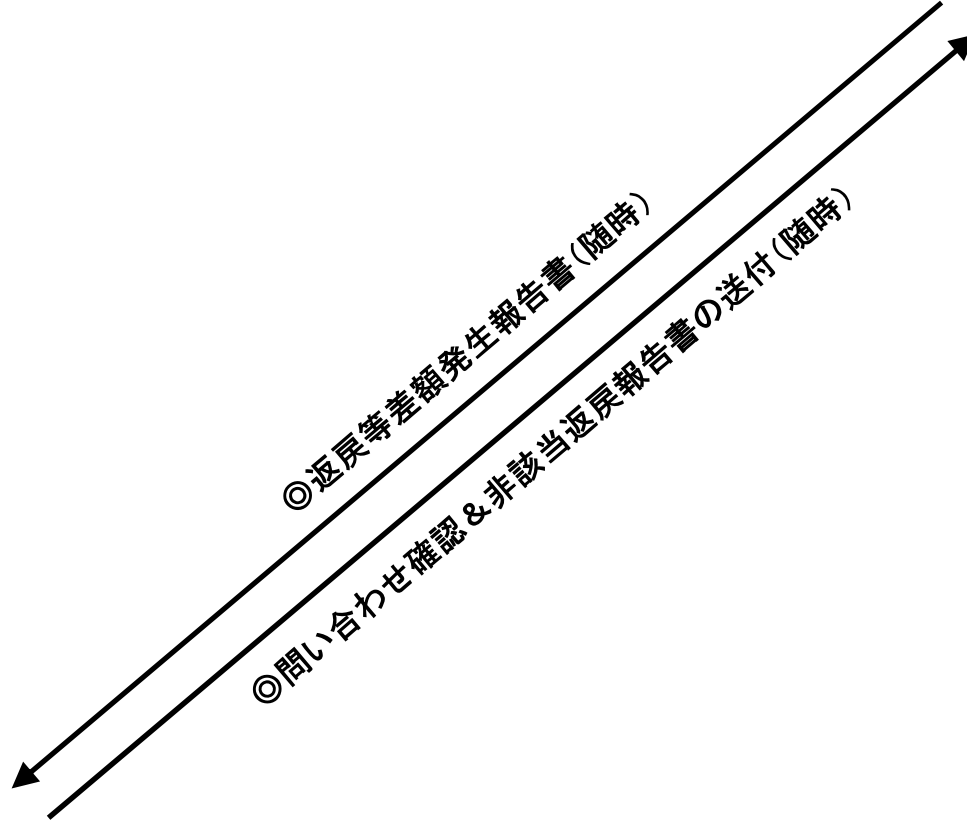


認定・受給者証交付  
助成金の振込



受給者証交付申請

◎返戻等差額発生報告書(随時)



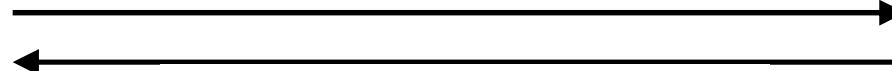
◎問い合わせ確認&非該当返戻報告書の送付(随時)

手数料支払  
エラー分等の返戻



自己負担額支払明細の提出

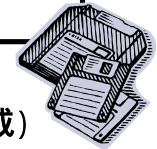
手数料支払(国保連分：毎月 / 医療機関分：毎月)



自己負担額一覧データ送付

手数料請求(国保連分：毎月 / 医療機関分：毎月)

国保連合会



集計  
(入力・データ作成)

市町村

データ取込  
償還分入力  
助成額算定



## 保険医療機関等における自動償還方式の事務処理方法

母子及び父子家庭等医療費助成制度の受給資格者であることを「受給者資格証(自動償還)」で確認する。



国保・社保等による一部負担金を窓口で徴収する。



窓口で徴収した一部負担金を「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」に転記(入力)する。



で作成した「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」を国保連合会に提出する。



「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」報告後に自己負担額に変更が生じた場合は、市町村に報告する。

### 母子及び父子家庭等医療の受給資格を確認する。

#### 【保険証との突合確認】

国保・社保等保険証と母子及び父子家庭等医療の受給者証との照合を行い、氏名や生年月日等により同一人物であることを確認します。

#### 【有効期限の確認】

診療を受けようとする日が、受給資格者証に記載の資格対象期間内であることを確認します。

「保険証」と「受給資格証」との双方を確認してください。利用者の方には、「受給資格者証」は診療の都度提示するようお願いをしていますので、窓口での確認について御協力をお願いします。

市町村により**対象年齢**が異なる場合があります。受給資格者証には資格対象期間を明記してあります。資格対象期間を過ぎている場合は、利用することができません。

### 診療等に係る一部負担金を窓口にて徴収する。

#### 【自己負担額の窓口徴収】

対象者が受けた保険適用となる医療費について、国保・社保等の規定による負担割合に基づき、一部負担金(自己負担額)を徴収します。

これまでと同様、保険負担割合の3割等の一部負担金を利用者に支払ってまいります。自動償還方式は、償還払いの一つですので、利用者の方にいったんお支払いしていただいた後に、助成を行います。

## 母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書を作成する。

### 【窓口で徴収した自己負担額の記録】

月毎の集計額を「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」に記載するため、窓口徴収した自己負担額をその都度記録します。

保険適用外診療は助成対象外です。

### 【母子及び父子家庭等医療費自己負担明細書の記載】

(手作業による場合)

記録しておいた窓口徴収の自己負担額を診療月で累計し、受給者に関する他の基本情報とあわせて、明細書に転記します。

### 【母子及び父子家庭等医療費自己負担明細書の作成】

(入力ソフト、レセコンによる場合)

報告用データは、沖縄県国民健康保険団体連合会の示しているデータレコード仕様に従って提出をお願いします。

データレコード仕様及び入力ソフトによる作成方法については、沖縄県国民健康保険団体連合会から提供されるマニュアルをご覧ください。

## で作成した『明細書』を提出(報告)する。

### 【母子及び父子家庭等医療費自己負担明細書の提出】

作成した母子及び父子家庭等医療費自己負担明細書を、診療月の翌月の10日(電子媒体での提出については、診療月の翌月の15日)までに沖縄県国民健康保険団体連合会に提出します。

医療機関番号は、レセプト作成で使用しているものと同じです。

提出の期限を過ぎると、次回(翌月)の受付扱いになります。受付扱いになります。

また、受給者への助成金振込も遅れますので、ご注意ください。

## 自己負担額等に変更が生じた場合は、市町村へ報告する。














### 【差額発生報告書の提出】

の母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書を提出後に自己負担額等に変更が生じた場合は、差額発生報告書を作成して、対象の受給者の居住する市町村に提出します。

通常の事務は までで終わりです。自己負担額等に変更が生じた場合は、市町村への報告をお願いします。



医療機関から沖縄県国民健康保険団体連合会への報告方法について

	方法	医療機関の状況	処理を行うための機器等の条件	自己負担額支払明細情報作成方法	報告媒体	ファイル名	報告方法
1	手作業による処理	 レセコン  レセコン  パソコン	・特になし	・定められた様式(紙)またはExcelファイルへ自己負担額支払明細情報を記載する(Excelファイルで作成した場合は、紙へ出力する。) ・利用者の情報は、カルテ、レセプト等から入手する。	定められた様式(紙)	-	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付) 報告期限: 毎月10日
2	入力ソフトによる処理	 レセコン  レセコン  パソコン	・パソコンが必要 ・入力ソフトのインストールが必要(沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページから無料でダウンロードできる。)	・パソコンへインストールした入力ソフトを用いて、自己負担額支払明細情報を入力後、報告データを出力する。 ・利用者の情報は、カルテ、レセプト等から入力する。	各種電子媒体  [CD-R、DVD-R、MO、FD、USBメモリ]	[電子媒体で報告の場合] 報告年月日(6桁) + '-' + 医療機関番号(10桁) + '-' + 出力日付(8桁) [yyyymmdd] 例) 201611_4719999999_20160601.csv ・報告年月: 平成28年6月 ・医療機関番号: 4719999999 ・出力日付: 平成28年6月1日	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付) 報告期限: 毎月15日
3	レセコンによる処理	 レセコン  レセコン	・レセコンが必要 ・レセコン提供元によるシステム改修が必要。	・レセコンから自己負担額支払明細情報の報告データを出力する。	各種電子媒体  [CD-R、DVD-R、MO、FD、USBメモリ]	同上	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付) 報告期限: 毎月15日
4	オンライン報告	 レセコン  レセコン  パソコン	・インターネットへ接続できるパソコンが必要。	・レセコンから自己負担額支払明細情報の報告データを作成。 ・手入力	-	同上	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (オンラインシステムへ接続し対象データを報告) 報告期限: 毎月15日

## 母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格者証(様式)

母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格者証(自動償還)は、対象者の方へ市町村より発行します。

受給資格者証の様式については、県内統一の仕様になります(色:若草色)。医療機関等の窓口において、「受給資格者証」の確認をお願いします。

【表】

33	市母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格者証 (自動償還)						13cm	
24	事業番号	2	受給者番号					
13.25	対象者	フリガナ				続柄		性別
21		氏名						
21		生年月日						
13.25	受給者	フリガナ				性別		
21		氏名						
21		住所						
25	加入保険	被保険者氏名						
25		保険者名称						
21	資格取得日							
18	資格対象期間	外来	平成	年	月	日		から
18			平成	年	月	日		まで
18		入院	平成	年	月	日	から	
18			平成	年	月	日	まで	
21	平成 年 月 日							
39	市長							
370.5							9.2cm	

資格対象期間は、市町村の助成対象年齢により異なります。

平成 年 月 日

## 医療費自己負担額支払報告兼請求書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関等番号		
県番号	点区分	医療機関コード
47		

医療機関名称

印

電話番号

住所

医療費自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

事業 番号	診療年月	平成 年 月			
		報告件数・自己負担額金額計（自動償還）			
1	こども医療費		件		円
2	母子及び父子家庭等医療費		件		円
			件		円
請求件数・請求金額計（現物給付）					
6	こども医療費		件		円

診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。

平成 29年 2月 10日

# 医療費自己負担額支払報告兼請求書

明細書(送付日)を記載

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医科：1  
 歯科：3  
 調剤薬局：4  
 のいずれかを記載

医療機関等番号		
県番号	点区分	医療機関コード
47	1	1234567

医療機関名称

電話番号

住所

印

7桁の医療機関番号を記載

事業番号毎に、今回報告する件数を記載 月遅れ分も含める。

事業番号毎に、今回報告する金額を記載 月遅れ分も含める。

医療費自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

事業番号	診療年	平成		年	月
		報告件数・自己負担額金額計	自動償還)		
1	こども医療費	999,999	件	99,9	999,999 円
2	母子及び父子家庭等医療費	999,999	件	99,9	9,999,999 円
			件		円
請求件数・請求金額計(現物給付)					
6	こども医療費	999,999	件	99,999,999,999	円

診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。

平成 年 月

# 医療費自己負担額支払明細書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

機関区分	機関コード
① 医療機関	
2: 施術機関	

下記のとおり送付する

平成 年 月 日

医療機関所在地 :  
 医療機関名称 :  
 開設者 :  
 電話 :

事業	公費番号	特記事項	受給者番号	種別	保険者番号	氏名(カナ)	性別	生年月日				区分	割合	診療年月			実日数	合計点数 (点)	自己負担 支払額(円)		食事療養費 (円)	備考
								号	年	月	日			号	年	月			市町村負担額			

この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。  
 事業：子ども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、子ども現物給付「6」  
 種別：国保「1」、社保「2」 性別：男「1」、女「2」、その他「3」  
 生年月日：昭和「3」、平成「4」 区分：入院「1」、入院外「2」  
 割合：受給者自己負担割合の「1」「2」「3」を記入する。  
 請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

診療年月：取扱月分のときは記入しなくてもよいが、月遅れのときは記入する。  
 実日数：実際に診療のあった日数を記入する。  
 合計点数：レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。  
 自己負担支払額：受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)を記入する。  
 市町村負担額：現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

平成 年 月

# 医療費自己負担額支払明細書(薬局用)

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関所在地  
医療機関名称  
開設者  
電話

機関区分	機関コード
① 医療機関	
2: 施術機関	

下記のとおり送付する

平成 年 月 日

事業	処方先医療機関コード	公費番号	特記事項	受給者番号	種別	保険者番号	氏名(カナ)	性別	生年月日				区分	割合	診療年月		回数	合計点数 (点)	自己負担 支払額(円)		備考
									号	年	月	日			号	年			月	市町村負担 額	
	12																				

この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

事業: こども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、こども現物給付「6」

種別: 国保「1」、社保「2」 性別: 男「1」、女「2」、その他「3」

生年月日: 昭和「3」、平成「4」 区分: 入院「1」、入院外「2」

割合: 受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。

請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

診療年月: 取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。

実日数: 実際に診療のあった日数を記入する。

合計点数: レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。

自己負担支払額: 受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)を記入する。

市町村負担額: 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

平成 年 月分

診療年月を記入

# 医療費自己負担額支払明細書

沖縄県国民健康保険団体連合会

殿

社保・国保に関わらず、沖縄県国民健康保険団体連合会に提

医療機関所在地：

医療機関名称：

開設者：

電話：

自己負担額支払額は、受給者が窓口で支払った保険適用の額を記載

明細書が2枚以上にわたる場合は2枚目以降も押印する

事業	公費番号	特記事項	機関区分	機関コード	種別	受給者番号	保険者番号	氏名(カナ)	性別	生年月日				区分	割合	診療年月			実日数	合計点数(点)	自己負担支払額(円)		食事療養費(円)	備考	
										号	年	月	日			号	年	月			日	市町村負担額			市町村負担額
			1: 医療機関 2: 施術機関																						

下記のとおり送付する

平成 年 月 日

明細書(送付日)を記載

レセに記載する医療機関番号を記載

該当番号を で囲む

受給者資格者証にある受給者番号10桁を記載

保険者番号が8桁未満の場合は右詰め

全角カタカナで記入

生年月日の元号は次の区分で記載

入外区分は入院:1、外来:2を記載

市町村負担額は、現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記載

事業番号ごとに明細書のページを分けて記載(同一ページ内で、違う事業番号の明細を混在して記載しないこと)

1桁の場合は0を記載  
平成25年4月2日生まれの場合  
4250402

一部負担割合は1割:1、2割:2、3割:3を記載

合計点数は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記載する

結核等、その他の国公費制度と併用の場合は、国制度に定める自己負担額の支払いを受け、その額を記載(国公費制度優先)

この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

事業：子ども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、子ども現物給付「6」

種別：国保「1」 社保「2」、 性別：男「1」、女「2」、その他「3」

生年月日：昭和「3」、平成「4」、 区分：入院「1」、入院外「2」

割合：受給者自己負担割合の「1」「2」「3」を記入する。

請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

診療年月：取扱月分のときは記入しなくてもよいが、月遅れのときは記入する。

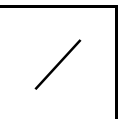
実日数：実際に診療のあった日数を記入する。

合計点数：レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。

自己負担支払額：受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)を記入する。

市町村負担額：現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

(頁/総枚数)



平成 年 月分 診療年月を記載

## 医療費自己負担額支払明細書(薬局用)

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

機関区分	機関コード
1: 医療機関	
2: 施術機関	

下記のとおり送付する

平成 年 月 日

医療機関所在地:

医療機関名称:

開設者:

電話:

事業	処方先医療機関コード	公費番号	特記事項	受給者番号	種別	保険者番号	氏名(カナ)	性別	生年月日				区分	割合	診療年月			回数	合計点数 (点)	自己負担 支払額(円) 市町村負担額	備考	
									号	年	月	日			号	年	月					
14	処方箋を発行した医療機関の医療機関 等番号(10桁)を記載 都道府県番号(2桁)+点数表区分(1 桁)+機関コード(7桁)の計10桁			<b>病院用と同様の記載方法の場合は、病院用を【記載例】を参照してください。</b>																		

この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。  
 事業: 子ども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、子ども現物給付「6」  
 種別: 国保「1」、社保「2」 性別: 男「1」女「2」その他「3」  
 生年月日: 昭和「3」、平成「4」 区分: 入院「1」、入院外「2」  
 割合: 受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。  
 請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

診療年月: 取扱月分のときは記入しなくてもよいが、月遅れのときは記入する。  
 実日数: 実際に診療のあった日数を記入する。  
 合計点数: レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。  
 自己負担支払額: 受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)を記入する。  
 市町村負担額: 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

(頁/総枚数)

/



# 母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書

市町村長 殿

機 関 コ ー ド

下記のとおり報告します

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

開設者

電話

整理 NO.	事業	受給者資格に関する基本情報								前回送付の診療情報等				差額発生後の診療情報等			備 考 (発生理由等)
		公費番号	受給者番号	生年月日				診療年月			区分	合計点数(点)	自己負担 支払額(円)	合計点数(点)	自己負担 支払累計額(円)	自己負担 支払額の差額	
				号	年	月	日	号	年	月							
1																	
2																	
15																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

この報告書は、各市町村長へ提出する。

報告書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

「事業」欄は、母子及び父子家庭等医療費助成事業コードの「2」を記入する。

「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国民健康保険団体連合会に提出した内容を記入する。

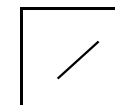
「診療年月」欄は、元号を昭和は「3」、平成は「4」で記入する。

「区分」欄は、入院は「1」、入院外は「2」を記入する。

「差額発生後の診療情報等」欄は、変動後の内容を記入する。

「自己負担支払額の差額」欄は、実際に医療機関等の窓口で受給者との間に生じた支払い額の差額を記入する。

(頁/総枚数)



# 母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書 記

## 母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書

市町村長

殿

市町村毎に別様で作成。『母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書』は原票(紙ベース)を市町村に提供する

機関コード

医療機関番号を記載

下記のとおり報告します

作成日(送付日)を記載

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

開設者

電話

減額等により発生し変動した結果のレセプトの点数と自己負担支払額を記載

報告書毎に押印する

発生理由を簡潔に記載

整理NO.	事業	受給者資格に関する基本情報						前回送付の診療情報等				差額発生後の診療情報等			備考 (発生理由等)													
		公費番号	受給者番号				生年月日			診療年月	区分	合計点数(点)	自己負担支払額(円)	合計点数(点)		自己負担支払累計額(円)	自己負担支払額の差額											
1			0	1	x	x	x	x	x	x		4	2	0	4	0	1	4	2	5	0	4	1	186	560	155	470	90
2																							552	1650	952	2860	1210	窓口での保険点数計算ミス
5	16																						2854	5710	0	0	5710	保険外診療
6																												母子及び父子家庭等医療は保険の自己負担を助成する制度であるためゼロに修正。窓口での調整がなくとも報告が必要
7																							27451	54900	0	0	54900	受給資格が喪失していたため
・医療機関が自己負担額の誤り等に気づいた時に、市町村へ報告する帳票 ・市町村はこれに基づき受給者へ自動償還した額の過不足の調整を行う												母子及び父子家庭等医療受給者の保険診療ではないためゼロに修正。窓口での調整がなくとも報告が必要																
												33648	100940	33648	100940	0	受給者番号の誤報告 前回8003204											

母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格者証に記載された番号を記載

国保連合会に報告した内容を記載

マイナスの場合、後日助成金の返還が行われる(今後交付される助成金との相殺による対応の可能性もあり)

プラスの場合、後日助成金が追加交付される

この報告書は、各市町村長へ提出する。

報告書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

「事業」欄は、母子及び父子家庭等医療費助成事業コードの「2」を記入する。

「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国民健康保険団体連合会に提出した内容を記入する。

「診療年月」欄は、元号を昭和は「3」、平成は「4」で記入する。

「区分」欄は、入院は「1」、入院外は「2」を記入する。

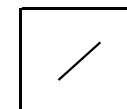
「差額発生後の診療情報等」欄は、変動後の内容を記入する。

「自己負担支払額の差額」欄は、実際に医療機関等の窓口で受給者との間に生じた支払い額の差額を記入する。

既に報告済みの『自己負担額支払明細書』に計上した情報を記載

窓口調整後の情報を記載

(頁/総枚数)



母子及び父子家庭等医療費助成事業自動償還実施予定市町村一覧

平成28年3月31日 当時

No	実施時期 (予定含む)		市町村	こども医療費助成対象年齢	
				通院	入院
1	平成28年度	12月	中城村	就学前	中学卒業
2			西原町	就学前	中学卒業
3	平成29年度	4月	宜野湾市	就学前	中学卒業
4			糸満市	就学前	中学卒業
5			宮古島市	就学前	中学卒業
6			恩納村	中学卒業	中学卒業
7			宜野座村	中学卒業	中学卒業
8			金武町	高校卒業	高校卒業
9			読谷村	就学前	中学卒業
10			北谷町	中学卒業	中学卒業
11		10月	うるま市	就学前	中学卒業
12		未定	国頭村	高校卒業	高校卒業
13			大宜味村	中学卒業	中学卒業
14	平成30年度	4月	那覇市	就学前	中学卒業
15			浦添市	就学前	中学卒業
16			沖縄市	就学前	中学卒業
17			豊見城市	就学前	中学卒業
18			今帰仁村	就学前	中学卒業
19		未定	久米島町	就学前	中学卒業
20	自動償還への移行を希望 するが実施時期は未定		名護市	中学卒業	中学卒業
21			東村	高校卒業	高校卒業
22			本部町	就学前	中学卒業
23			伊江村	中学卒業	中学卒業
24			嘉手納町	中学卒業	中学卒業
25			北中城村	就学前	中学卒業
26			与那原町	就学前	中学卒業
27			粟国村	就学前	中学卒業
28			竹富町	中学卒業	中学卒業
29	現行どおり償還払いを希望		石垣市	就学前	中学卒業
30			南城市	就学前	中学卒業
31			渡嘉敷村	就学前	中学卒業
32			座間味村	就学前	中学卒業
33			渡名喜村	高校卒業	高校卒業
34			南大東村	中学卒業	中学卒業
35			伊是名村	中学卒業	中学卒業
36			八重瀬町	就学前	中学卒業
37	無回答		南風原町	中学卒業	中学卒業
38			北大東村	中学卒業	中学卒業
39			伊平屋村	中学卒業	中学卒業
40			多良間村	高校卒業	高校卒業
41			与那国町	中学卒業	中学卒業

市町村の準備状況によって、導入時期が前後している場合があります。

## 関係機関連絡先

沖縄県母子及び父子家庭等医療費助成事業  
 事務取扱マニュアル・様式のダウンロード  
 沖縄県のホームページから  
 トップページ 県の組織 子ども生活福祉部 青少年・子ども家庭課  
<http://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/shonenkodomo/>

沖縄県母子及び父子家庭等医療費助成事業全般に関するお問い合わせ  
 沖縄県子ども生活福祉部青少年・子ども家庭課 母子福祉班  
 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号  
 TEL:098-866-2174 FAX:098-866-2402

母子及び父子家庭等医療費自己負担額明細書送付先・システム関係に関するお問い合わせ  
 沖縄県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 情報管理係 母子及び父子家庭等医療費助成事業担当  
 〒900-8559 沖縄県那覇市西3丁目14番18号(国保会館)  
 TEL:098-863-5724 FAX:098-867-6794

### 母子及び父子家庭等医療費助成事業市町村窓口

	市町村名	課室名	電話番号	FAX番号	住所
1	那覇市	子育て応援課	098-861-6951	098-917-2391	那覇市泉崎1-1-1
2	宜野湾市	児童家庭課	098-893-4422	098-893-4450	宜野湾市字野嵩1-1-1
3	石垣市	児童家庭課	0980-82-1704	0980-82-8055	石垣市美崎町14
4	浦添市	児童家庭課	098-876-1234	098-879-7190	浦添市字安波茶1-1-1
5	名護市	子育て支援課	0980-53-1212	0980-53-7825	名護市港1-1-1
6	糸満市	児童家庭課	098-840-8131	098-840-8154	糸満市潮崎町1-1
7	沖縄市	こども家庭課	098-939-1212	098-934-3835	沖縄市仲宗根町26-1
8	豊見城市	子育て支援課	098-850-0143	098-856-7046	豊見城市字翁長854-1
9	うるま市	児童家庭課	098-973-4983	098-973-9819	うるま市みどり町1-1-1
10	宮古島市	児童家庭課	0980-73-1966	0980-73-1967	宮古島市平良字西里186
11	南城市	児童家庭課	098-946-8995	098-946-8896	南城市玉城字富里143
12	国頭村	福祉課	0980-41-2765	0980-41-2914	国頭村字辺土名121
13	大宜味村	住民福祉課	0980-44-3003	0980-44-3139	大宜味村字大兼久157
14	東村	福祉保健課	0980-43-2202	0980-43-3050	東村字平良804
15	今帰仁村	福祉保健課	0980-56-4189	0980-56-5559	今帰仁村字仲宗根219
16	本部町	福祉課	0980-47-2165	0980-47-2185	本部町字東5
17	恩納村	福祉健康課	098-966-1207	098-966-1266	恩納村字恩納2451
18	宜野座村	健康福祉課	098-968-3253	098-968-5504	宜野座村字宜野座296
19	金武町	保健福祉課	098-968-3559	098-968-6275	金武町字金武1
20	伊江村	福祉課	0980-49-3160	0980-49-2003	伊江村字東江前38
21	読谷村	こども未来課	098-982-9240	098-958-4125	読谷村字座喜味2901
22	嘉手納町	子ども家庭課	098-956-1111	098-956-8094	嘉手納町字嘉手納588
23	北谷町	子ども家庭課	098-982-7709	098-982-7715	北谷町字桑江226
24	北中城村	福祉課	098-935-2233	098-982-0345	北中城村字喜舎場426-2
25	中城村	福祉課	098-895-1738	098-895-3048	中城村字当間176
26	西原町	こども福祉課	098-945-5311	098-945-6770	西原町与那城140番地の1
27	与那原町	子育て支援課	098-945-6520	098-946-4597	与那原町字上与那原16
28	南風原町	こども課	098-889-7028	098-889-7657	南風原町字兼城686
29	渡嘉敷村	民生課	098-987-2322	098-987-2560	渡嘉敷村字渡嘉敷183
30	座間味村	総務・福祉課	098-896-4045	098-987-2004	座間味村字座間味109
31	粟国村	民生課	098-988-2017	098-988-2206	粟国村字東367
32	渡名喜村	民生課	098-989-2317	098-989-2197	渡名喜村字渡名喜1917-3
33	南大東村	福祉民生課(保健センター)	09802-2-2116	09802-2-2813	南大東村字南144-1
34	北大東村	福祉衛生課	09802-3-4055	09802-3-4406	北大東村字中野218
35	伊平屋村	住民課	0980-46-2142	0980-46-2956	伊平屋村字我喜屋251
36	伊是名村	住民福祉課	0980-45-2819	0980-45-2467	伊是名村字仲田1203
37	久米島町	福祉課	098-985-7124	098-985-7120	久米島町字比嘉2870
38	八重瀬町	児童家庭課	098-998-7163	098-998-7164	八重瀬町字具志頭659
39	多良間村	住民福祉課	0980-79-2623	0980-79-2664	多良間村字仲筋99-2
40	竹富町	介護福祉課	0980-82-6191	0980-82-6199	石垣市美崎町11
41	与那国町	長寿福祉課	0980-87-3575	0980-84-8633	与那国町字与那国129