

情報提供

那医発第 543 号
令和 4 年 12 月 20 日

施設長 各位

那覇市医師会
会 長 友利 博朗



平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。
沖縄県医師会より「沖縄県子ども医療費助成制度と他の公費負担医療制度について」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。

☆ 問合せ先 (那覇市医師会 事務局:宮城・前泊 /電話 098-868-7579)

.....記.....

沖医発第 1372 号
令和 4 年 12 月 13 日

地区医師会長 殿



沖縄県子ども医療費助成制度と他の公費負担医療制度について

今般、沖縄県保健医療部保健医療総務課長より、標記文書が発出されましたのでお知らせ致します。

本件は、沖縄県子ども医療費助成制度と他の公費負担医療制度についての通知となっております。

子ども医療費助成制度は子供に係る医療費の自己負担分を助成する制度であり、自己負担分が他の制度により賄われる場合、助成の対象となりません。本来は他の「公費負担医療制度（小児慢性特定疾病医療費助成制度、自立支援医療（育成医療・精神通院医療）制度、未熟児養育医療制度などの国の制度）」で賄われるべき医療費の自己負担分を子ども医療費助成制度により市町村及び県が負担すると、将来的な助成制度の安定した運営に支障をきたすことにつながってしまいますので、この場合は「公費負担医療制度」を保護者様に案内していただきますようお願い致します。

ただし、「公費負担医療制度」を利用した上での自己負担分は子ども医療費助成制度の対象となります。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知の上、貴管下会員への周知方につきご高配を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

また、「子ども医療費返戻等差額発生報告書」（第2号様式）が変更となりました。
変更箇所は赤字で記されていますのでご確認ください。

記

- 沖縄県子ども医療費助成制度と他の公費負担医療制度について

(令和 4 年 12 月 9 日 (保総第 1105 号))

※関係文書は文書管理システムへ掲載致します。

沖縄県医師会事務局業務 2 課：赤嶺
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089
g2@okinawa.med.or.jp

保 総 第 1105 号
令 和 4 年 12 月 9 日

沖縄県医師会会長
沖縄県歯科医師会会長
沖縄県薬剤師会会長 } 殿

保 健 医 療 部
保 健 医 療 総 務 課 長
(公 印 省 略)

沖縄県子ども医療費助成制度と他の公費負担医療制度について（周知依頼）

平素より、本県の子ども医療費助成制度に御協力いただき感謝申し上げます。

ご承知のとおり、子ども医療費助成制度は医療費の自己負担分を助成する制度であり、医療費の自己負担分が他の制度等により賄われる場合、助成の対象となりません。しかし、本来は他の「公費負担医療制度（小児慢性特定疾病医療費助成制度、自立支援医療（育成医療・精神通院医療）制度、未熟児養育医療制度などの国の制度）」で賄われるべき場合に、子ども医療費助成制度を利用するケースが報告されています。

つきましては、子ども医療費助成制度の安定した制度運営のため、貴会会員の皆様へ別紙により通知していただきますようお願いいたします。

保健医療部 保健医療総務課
担当：入部（いりべ）
TEL：098-866-2169（IP：3969）
E-mail：nehachkk@pref.okinawa.lg.jp

保 総 第 1105 号
令 和 4 年 12 月 9 日

関係医療機関 御中

沖縄県保健医療部
保健医療総務課長
(公印省略)

沖縄県子ども医療費助成制度と他の公費負担医療制度について

平素より、本県の子ども医療費助成制度に御協力いただき感謝申し上げます。

沖縄県では、令和4年4月から全ての市町村において、通院対象年齢を中学校卒業までに拡大し、入院・通院ともに現物給付（いわゆる窓口無料化）が実施されております。（※既に実施していた市町村や、さらに18歳年度末までを対象としている市町村もあります。）

この制度は子どもに係る医療費の自己負担分を助成する制度であり、この自己負担分が他の制度により賄われる場合、助成の対象となりません。本来は他の「公費負担医療制度（小児慢性特定疾病医療費助成制度、自立支援医療（育成医療・精神通院医療）制度、未熟児養育医療制度などの国の制度）」で賄われるべき医療費の自己負担分を、子ども医療費助成制度により市町村及び県が負担すると、将来的な子ども医療費助成制度の安定した運営に支障をきたすことにつながってしまいますので、他の「公費負担医療制度」の対象となる場合は「公費負担医療制度」を保護者様に案内していただきますようお願いいたします。ただし、「公費負担医療制度」を利用した上での自己負担分は子ども医療費助成制度の対象となります。

皆様のご理解とご協力をよろしく申し上げます。

沖縄県 保健医療部 保健医療総務課
TEL : 098-866-2169
E-mail:aa023001@pref.okinawa.lg.jp

こども医療費返戻等差額発生報告書

〇〇市町村長 殿

機関コード

下記のとおり報告します

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

開設者

電話



整理 NO.	①事業	受給者資格に関する基本情報				②前回送付の診療情報等				⑤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				③診療年月			④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)		⑥自己負担 支払額の差額/ 市町村負担額 の差額	
				元号	年	月	日	元号	年	月			市町村負担額(円)			市町村負担 累計額(円)			
1																			
2																			
3																			
4																			
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。

①「事業」欄は、こども医療費助成事業自動償還払いであればコード「1」、こども医療費助成事業現物給付であればコード「6」を記入する。

②「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。

③「診療年月」欄は、元号を昭和は「3」、平成は「4」、令和は「5」で記入する。

④「区分」欄は、入院は「1」、入院外は「2」を記入する。

⑤「差額発生後の診療情報等」欄は、変動後の内容を記入する。

⑥「自己負担支払額の差額/市町村負担額の差額」欄は、①「事業」欄が「1」の場合は受給者が窓口で支払った保険適用額の差額を記入し、「6」の場合は現物給付した医療費助成額の差額(市町村が負担する差額)を記入する。

(頁/総枚数)

