

### 3 自動償還における学校等で発生した傷病等の事務処理

※自動償還方式の対象者については、P.4をご参照ください。

#### (1) 受診時に学校等での災害（傷病、疾病等）と思われた場合

学校等の管理下における災害（傷病、疾病等）による場合には、スポーツ共済の給付対象となる場合がありますので、受診者に確認をお願いします。

#### (2) 受給者からスポーツ共済の給付申請にかかる「医療等の状況」の記入依頼があった場合

スポーツ共済の給付対象となる場合は、受給者の方に福祉医療費助成の対象外になる旨を説明していただき、「医療等の状況」様式の右下にある公費負担医療制度を利用した場合に記入する欄には記入しないでください。

#### (3) 自己負担額支払明細書等の提出について

##### ① 自己負担額支払明細書の提出前に「医療等の状況」に記入する場合

スポーツ共済の給付対象となり「医療等の状況」に記入した部分については、自己負担額支払明細書に記入しないでください。

- 療養費支給申請書の内容の全てがスポーツ共済の給付対象となる場合、自己負担額支払明細書の報告は必要ありません。
- 療養費支給申請書の内容の一部がスポーツ共済の給付対象となる場合、その部分を除いた自己負担額を記入してください。

##### ② 自己負担額支払明細書の提出後に「医療等の状況」に記入する場合

返戻等差額発生報告書を提出してください。

- 「差額発生後の診療情報等の自己負担支払累計額欄」にスポーツ共済対象となる「医療等の状況」に記入した部分を除いた自己負担額を記入してください。備考欄には、「スポーツ共済」と記入してください。

### 4 その他注意事項

#### ○ 国保連合会へ提出・報告時の扱いについて

『自己負担額支払明細書』や『返戻等差額発生報告書』の用紙の色は、白色の用紙となります。このため、集計機関の国保連合会に送付する際、療養費支給申請書などに紛れてしまわないよう、できれば別封筒に入れた上で一緒に送付してください。

また、明細書や報告書が複数枚になった場合、クリップなどでしっかりと束ねてから封筒に入れてください。この際使用する封筒は古封筒でも構いませんが、表に「福祉医療」と朱書きで明記していただきますようお願いいたします。

※ 様式については奈良県のホームページからダウンロードできます。(P.28 参照)

### 福祉医療費・返戻等差額発生報告書

〇〇市(町村)長 殿

医療機関所在地

表 別						機関コード
医	1	調	4	訪	6	
歯	3	柔	9			

下記のとおり報告します

名称

令和 年 月 日

開設者

電話

整理 No	《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 (発理由等)
	公費負担者番号	受給者番号	氏 名	診療年月 年 月 日	入外区分 入 外	合計金額	自 己 負 担 額	合計金額	自 己 負 担 額	自己負担支払額の差額			
1	2	9											
2	2	9											
3	2	9											
4	2	9											
5	2	9											
6	2	9											
7	2	9											
8	2	9											
9	2	9											
10	2	9											

- この報告書は奈良県国民健康保険団体に提出すること。
- 表別欄医科は1、歯科は3、調剤は4、柔整は9、訪問看護は6の該当番号を○で囲む。
- 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。
- 「診療年月」欄は、元号を次の区分で表記してはじめる。(平成:4, 令和:5)
- 入外区分欄は入院は1、入院外は2を○で囲む。
- 「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国保連合会に提出した内容を転記すること。
- 「差額発生後の診療情報等」欄は、返戻等により変動した合計金額と自己負担支払額の累計額を記載すること。
- 「自己負担支払額の差額」欄(太枠)は、自己負担支払額について、実際に医療機関等の窓口で、受給者との間で生じた支払い差額について記載すること。

### 福祉医療費・返戻等発生報告書 記載例

#### 福祉医療費・返戻等差額発生報告書で報告するもの

- 減点等により本体保険点数が増減し、患者の自己負担部分について実際に調整した場合
- 保険資格や福祉医療受給が喪失している場合
- 自己負担額支払明細書の記載内容に誤りがあった場合

市町村毎に別冊で作成。提出先は、奈良県国民健康保険団体連合会  
 『自己負担額支払明細書』はデータ化され市町村に提供されるが、『福祉医療費・返戻等差額発生報告書』は原票(紙ベース)が市町村に提供される

#### 福祉医療費・返戻等差額発生報告書

〇〇市(町村)長 殿

機関コードは、医療機関番号等を記載  
 柔整は、登録記号番号「協2901\*\*\*\*」  
 「契2951\*\*\*\*」の「協29又は契29を  
 除く下」桁を記載

医療機関所在地 奈良市登大路町\*\*

名称 ※※病院

開設者

電話 07-

発理由を簡潔に記載

医科は1、歯科は3、  
調剤は4、柔整は9、  
訪問看護は6の該当  
番号を○で囲む

表 別						機関コード
医	1	調	4	訪	6	0109999
歯	3	柔	9			

下記のとおり報告します

作成日(送付日)を記載

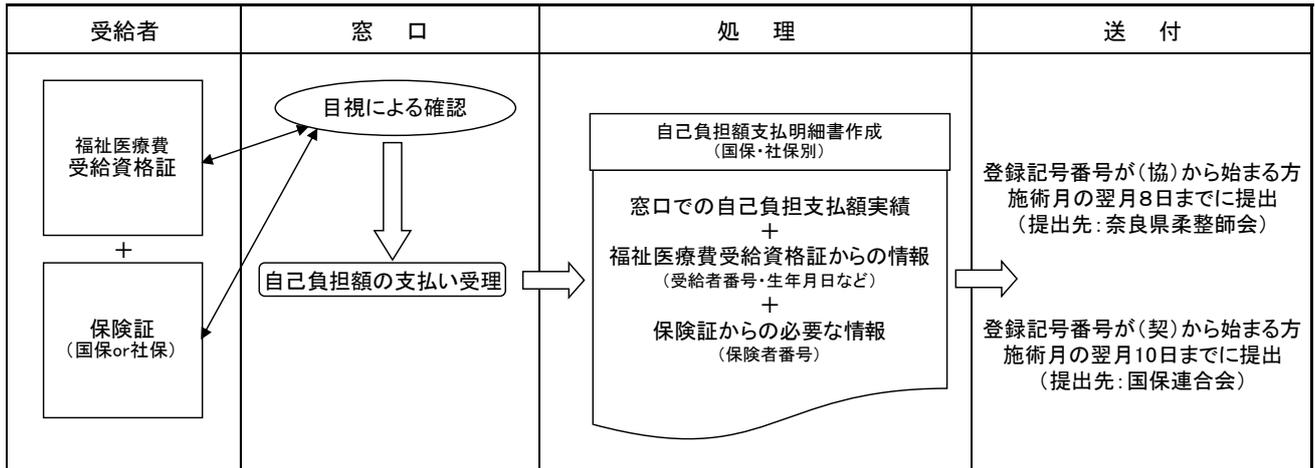
令和6年7月10日

本来は市町村毎に  
別冊で作成  
同一市町村であれば  
順不同可

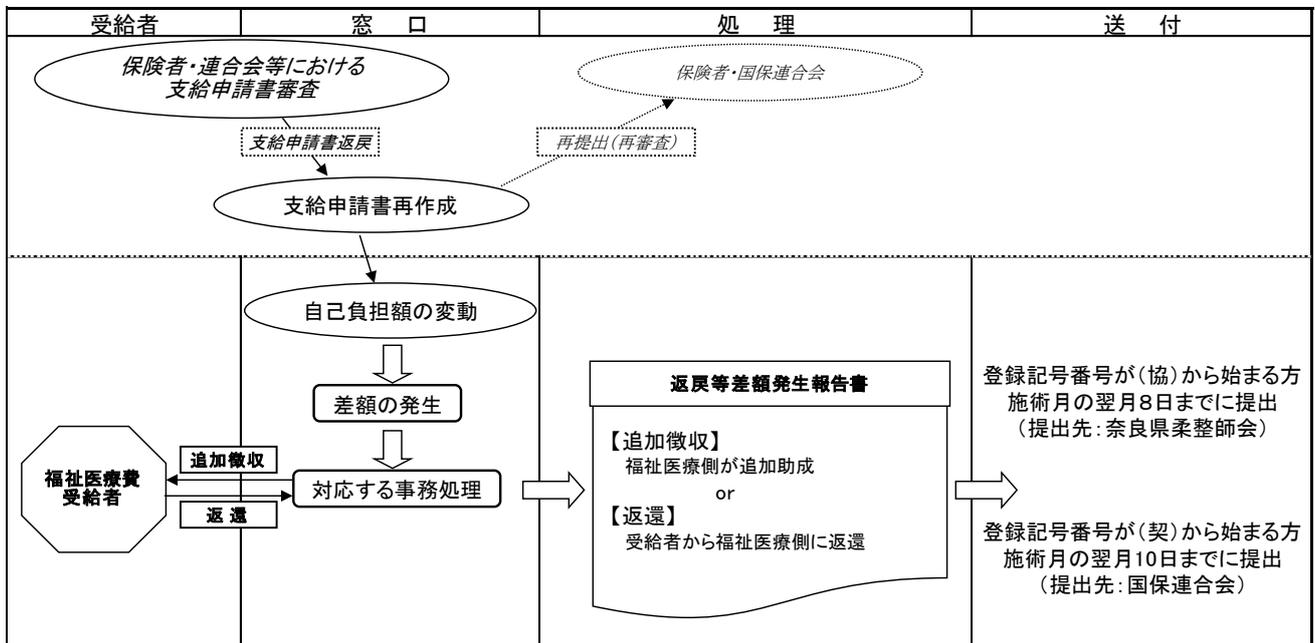
整理 No	《受給者資格に関する基本情報》						(前回送付の診療情報等)			差額発生後の診療情報等			備考 (発理由等)
	公費負担者番号	受給者番号	氏 名	診療年月 年 月 日	入外区分 入 外	合計点数	自 己 負 担 額	合計点数	自 己 負 担 額	自己負担支払額の差額			
1	712907616850010	耳成佐助	431021	2	186	560	15	470	△90	減点			
2	3912905856759674	三笠一郎	501051	2	552	1,650	952	2,860	1,210	窓口での保険点数 計算ミス			
3	712907616850010	耳成佐助	431011	2	2,854	5,710	0	0	△5,710	保険外診療			
4	712905487237621	春日花子	431011	2	27,451	54,900	0	0	△54,900	受給資格が喪失して いたため			
5	812906778002073	奈良次郎	431021	2	33,648	100,940	33,648	100,940	0	受給者番号の誤報告 前回8003204			
6	712906778002074	奈良太郎	430021	2	2,800	8,400	6,000	△2,400	スポーツ共済				

- この報告書は奈良県国民健康保険団体に提出すること。
- 表別欄医科は1、歯科は3、調剤は4、柔整は9、訪問看護は6の該当番号を○で囲む。
- 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。
- 「診療年月」欄は、元号を次の区分で表記してはじめる。(平成:4, 令和:5)
- 入外区分欄は入院は1、入院外は2を○で囲む。
- 「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国保連合会に提出した内容を転記すること。
- 「差額発生後の診療情報等」欄は、返戻等により変動したレセット点数と自己負担支払額の累計額を記載すること。
- 「自己負担支払額の差額」欄(太枠)は、自己負担支払額について、実際に医療機関等の窓口で、受給者との間で生じた支払い差額について記載すること。

◎施術所における自動償還の処理



◎施術所の窓口における自己負担支払額に関する差額処理



# 第3章 現物給付方式の取扱いについて

受診の都度、  
受給資格証の確認を！

## 1 現物給付の条件

「福祉医療」において現物給付ができるのは、以下の項目を全て満たす場合に限りです。

- ① 居住する市町村から「現物」と記載された受給資格証が交付されている
- ② 県内の施術所（県と福祉医療費助成制度の取扱いに関する契約を締結している施術所に限る。）の窓口で、受給資格証と被保険者証を提示した場合

次の場合には現物給付の取扱いとなりませんので、通常の施術と同じ取扱いをしてください。

- 施術所で受給資格証の提示がない場合  
(受給者から市町村窓口へ給付を申請する「償還払い」となります。)
- 交通事故等第三者行為による施術の場合

## 2 福祉医療一部負担金の徴収

施術所では、受給者証に記載されている福祉医療一部負担金を徴収し、医療保険の自己負担額と福祉医療一部負担金の差額を、審査支払機関に請求していただきます。

なお、医療保険の自己負担額が福祉医療一部負担金に満たない場合は、医療保険の自己負担額と同額を窓口で徴収してください。市町村への請求は発生しませんが、柔道整復施術療養費支給申請書「写し」への記入漏れがないようお願いします。

受給資格証に記載されている福祉医療一部負担金  
(市町村によって異なります)

### (1) 同一月に再診があった場合

受給資格証に記載された福祉医療一部負担金に達するまで徴収してください。

(例) 同一月で同一施術所における通院（2割負担、福祉医療一部負担金 500 円の場合）

通院 1 回目 総医療費 2,000 円

一部負担金 400 円	医療保険（8割） 1,600 円
----------------	---------------------

2 回目は 1 回目の一部負担金 400 円と福祉医療一部負担金 500 円との差額の 100 円を徴収してください。

通院 2 回目 総医療費 4,000 円

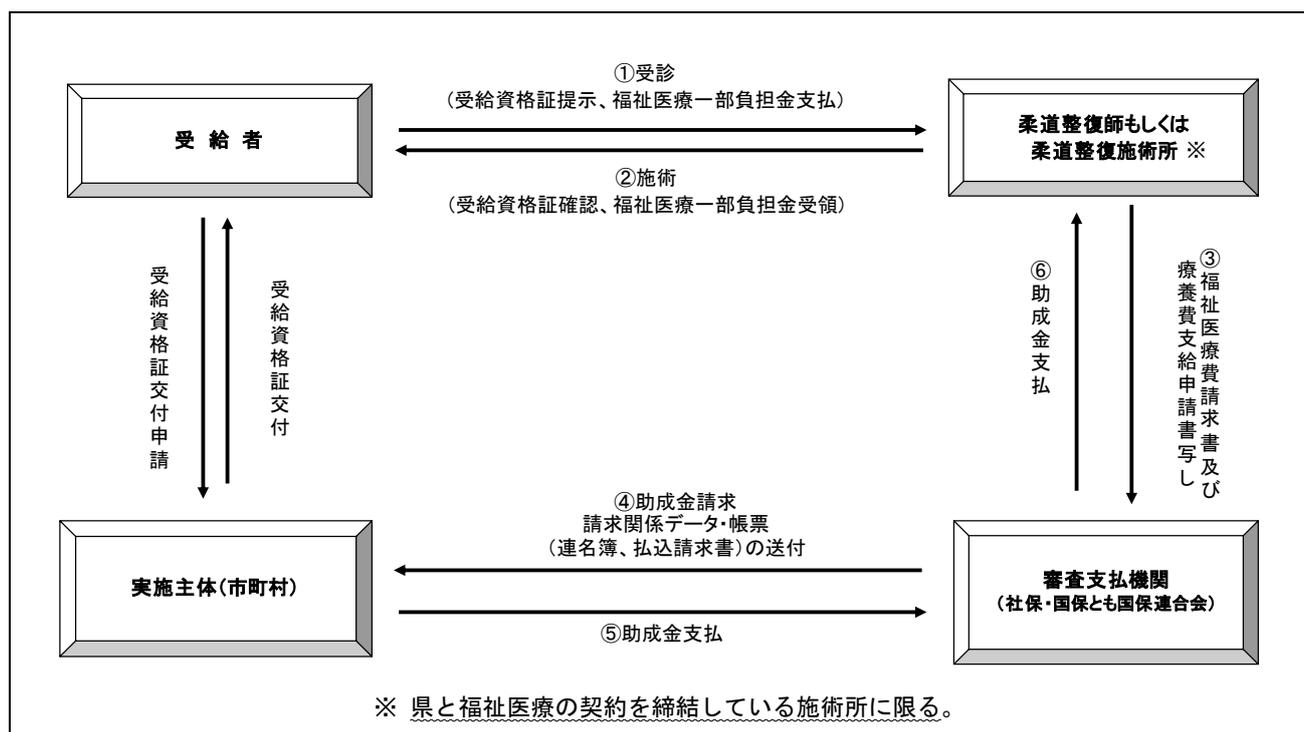
一部負担金 100 円	福祉医療 700 円	医療保険（8割） 3,200 円
----------------	---------------	---------------------

### (2) 月途中で公費番号（法別番号）が変更となった場合

それぞれ福祉医療一部負担金を徴収します。

- ① 同一市町村内で適用する制度が変更となった場合（例A市子ども→A市ひとり親）
- ② 居住する市町村が変更となった場合（A市子ども→B市子ども）

### 3 現物給付における福祉医療費の請求・支払について



#### ① ② 受給者は、受給資格証と保険証を施術所の窓口で提示して受診します。

→現物給付を行うには、市町村が発行する受給資格証が必要となり、施術所の窓口では、受診の都度、受給資格証の提示を求め、内容を確認してください。なお、市町村が行っている事業のため、居住市町村が変更となった場合は、事業を実施する市町村が変わります。そのため、受給者の住所に変更がないかの確認も併せてお願いいたします。

#### ③ 施術所は、医療費の保険給付分の請求とは別途、助成金の請求を福祉医療費請求書及び柔道整復施術療養費支給申請書「写し」により、国保分・社保分ともに国保連合会に行います。（提出書類については次ページ参照）

#### ④ 国保連合会は内容を確認の上、助成金を市町村へ請求します。

#### ⑤ 市町村は、国保連合会からの請求を受けて助成金を支払います。

#### ⑥ 国保連合会は、市町村からの支払を受けて、原則として施術月の翌々月に施術所に助成金を支払います。

※ 福祉医療費の支払後に、保険者による点検等で、福祉医療費助成額が変更となった場合は、施術所は市町村に「返戻等差額発生報告書」（現物給付用）を提出し、後に市町村が発行する納付書等により、助成金の全額又は差額を市町村に返還します。（国保連合会では過誤調整は行いません。）

※ 社保分については、支払事務だけを行います。

※ 医療費の保険給付分については、各保険者へ請求してください。

## 4 提出書類について

### (1) 提出書類

提出書類には、福祉医療費請求書と柔道整復施術療養費支給申請書（以下、「療養費支給申請書」）「写し」の2種類があります。

#### ① 福祉医療費請求書

【P. 20 様式 P. 21 記載例参照】

実施主体である市町村ごとに、国保分と社保分を分けて作成します。

#### ② 療養費支給申請書「写し」

【P. 22 記載例参照】

保険給付分の請求のために作成された療養費支給申請書「写し」（右下の「受取代理人への委任の欄」へ記入がされているもの）を作成し、以下の内容を追加して記載してください。

- ・ 申請書の左上の「公費負担者番号」欄に公費負担者番号を、「公費負担医療の受給者番号」欄に受給者番号を記載
- ・ 摘要欄に「奈良県福祉医療〇〇円、受給者負担〇〇円」と記載
- ・ 右肩に「㊟」と朱書き

※ 療養費支給申請書「原本」への「福祉医療」取扱表示については、自動償還対象のものと変わりありません。

#### ＜支給申請書「原本」への「福祉医療」取扱表示＞

○ 県内市町村国保及び県内国保組合

公費負担者番号欄、受給者番号欄に福祉医療費受給資格証の「公費負担者番号、受給者番号」を表示

○ 県外国保組合

記載の必要はありません。

○ 社保

摘要欄へ「奈良県福祉医療」を表示

### (2) 編綴方法

- ・ 福祉医療費請求書に療養費支給申請書「写し」（「福祉」と朱書き記載）を編綴する。

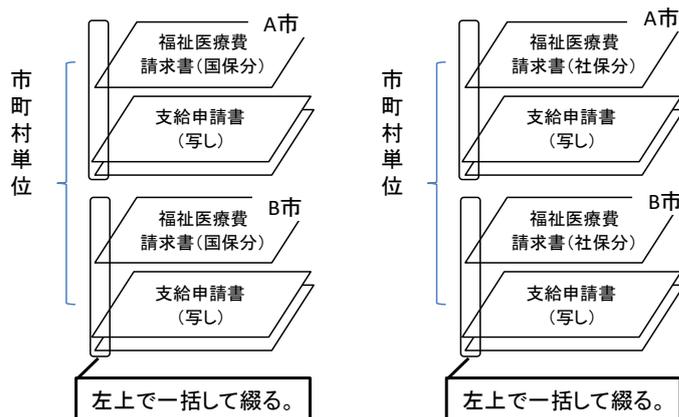
※ その際、必ず国保分・社保分で分け、市町村番号順で綴る。

※ 同一市町村内で療養費支給申請書「写し」の並び順に指定はない。

- ・ 月遅れ提出分は当月分と一緒にして編綴する。

- ・ 左上で一括して綴る。

（ホッチキス等）



# 年 月分 福祉医療費請求書

保険区分	国保・社保
------	-------

年 月 日

長 殿

登録記号番号

施術所所在地

及び名称

柔道整復師氏名

電話番号

下記のとおり請求します。

公費番号	福祉医療費名称	件数	福祉医療費請求金額
73	子ども医療費		
83	心身障害者医療費		
93	ひとり親医療費		
合 計		件	円

<b>受領 委任</b>	上記福祉医療費の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 柔道整復師氏名 団体名及び代表者氏名
------------------	---

※ この請求書には、該当する柔道整復施術療養費支給申請書の写しに必要事項を記載したものを添付してください。

※ 団体へ受領委任する場合は、必ず受領委任欄に記載及び押印をしてください。

<記載例>

# 令和 6 年 8 月分 福祉医療費請求書

社保・国保に分けて作成し、該当する方に○を付けてください。

保険区分  国保  社保

令和 6 年 9 月 10 日

奈良市長 殿

実施主体である市町村ごとに作成してください。

登録記号番号 協 29000-0-0

施術所所在地 奈良市〇〇町123

及び名称 〇〇整骨院

柔道整復師氏名 〇〇 〇〇

電話番号 0742-〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり請求します。

それぞれの療養費支給申請書の写しに記載した「奈良県福祉医療」の金額の合計を記載してください。

公費番号	福祉医療費名称	件数	福祉医療費請求金額
73	子ども医療費	1	412
83	心身障害者医療費		
		1 件	412 円

団体へ受領委任する場合は、必ず受領委任欄に記載をしてください。

受領委任	上記福祉医療費の受領を下記の者に委任します。
	令和 6 年 9 月 10 日 柔道整復師氏名 〇〇 〇〇
	団体名及び代表者氏名 △△△△△会 会長 △△ △△

※ この請求書には、該当する柔道整復施術療養費支給申請書の写しに必要事項を記載したものを添付してください。

※ 団体へ受領委任する場合は、必ず受領委任欄に記載及び押印をしてください。



※ 様式については奈良県のホームページからダウンロードできます。(P.28 参照)

福祉医療費・返戻等差額発生報告書（現物給付用）

〇〇市（町村）長 殿

施術所所在地

表 別					機関コード
医	1	調	4	訪	6
歯	3	柔	9		

下記のとおり報告します

名称

施術管理者

年 月 日

電話

整理 No	《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》			請求額の差額	備考 (発生理由等)
	公費負担者番号	受給者番号	氏 名	診療年月	入外区分	合計金額	請求額	合計金額	請求額累計	請求額の差額				
1	2	9												
2	2	9												
3	2	9												
4	2	9												
5	2	9												
6	2	9												
7	2	9												
8	2	9												
9	2	9												
10	2	9												

- ①この明細書は受給者の住所地の市町村毎に作成し、市町村福祉医療担当課宛に提出してください。
- ②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。
- ③「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国保連合会に請求した内容を転記すること。
- ④「差額発生後の診療情報等」欄は、返戻等により変動した合計金額と請求額の累計額を記載すること。
- ⑤「請求額の差額」欄（太枠）は、助成額について、当初請求額との差額について記載すること。

福祉医療費・返戻等差額発生報告書 記載例

福祉医療費・返戻等差額発生報告書で報告するもの

- ・減点等により本体保険点数が減少した場合
- ・福祉医療費の支払後に保険者が実施した点検等により、療養費支給申請書が施術所に返戻された場合

市町村毎に別葉で作成。提出先は、市町村福祉医療担当課宛に提出。

福祉医療費・返戻等差額発生報告書（現物給付用）

〇〇市（町村）長 殿

機関コードは、録記号番号「協2901\*\*\*\*-\*\*」「契2951\*\*\*\*-\*\*」の「協29又は契29を 除く下7桁を記載」

施術所所在地 奈良市登大路町\*\*

表 別					機関コード
医	1	調	4	訪	6
歯	3	柔	9		

下記のとおり報告します

名称 ※※整形外科

施術管理者

作成日(送付日)を記載

令和6年12月10日

電話 0742-##-####

発生理由を簡潔に記載

整理 No	《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》			請求額の差額	備考 (発生理由等)
	公費負担者番号	受給者番号	氏 名	診療年月	入外区分	合計金額	請求額	合計金額	請求額累計	請求額の差額				
1	832900244051249		大峰 都子	R01091	2	3,700	240	3,200	140	△ 100	減点			
2						3,700円×0.2=500円（福祉医療一部負担金）				②-①				
3	732907616850010		耳成 佐助	R01081	2	4,800	460	0	0	△ 460	返戻			
4														
5	73290677802074		奈良 太郎	R01091	2	5,400	580	0	0	△ 580	スポーツ共済			
6						スポーツ共済の給付申請にかかる「医療等の状況」に記入した場合は、福祉医療の対象外								
7														
8														
9														
10														

- ①この明細書は受給者の住所地の市町村毎に作成し、市町村福祉医療担当課宛に提出してください。
- ②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。
- ③「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国保連合会に請求した内容を転記すること。
- ④「差額発生後の診療情報等」欄は、返戻等により変動した合計金額と請求額の累計額を記載すること。
- ⑤「請求額の差額」欄（太枠）は、助成額について、当初請求額との差額について記載すること。

スポーツ共済についての説明は P.8 をご覧ください。

## 5 現物給付における学校等で発生した傷病等の事務処理

※現物給付方式の対象者については、P.4 をご参照ください。

### (1) 受診時において幼稚園・保育園・学校等での災害（傷病、疾病等）と思われた場合

幼稚園・保育園・学校等の管理下における災害（傷病、疾病等）による場合には、スポーツ共済の給付対象となる場合がありますので、受給者に確認をお願いします。

受給者から幼稚園・保育園・学校等管理下での負傷又は疾病であるとの申し出があった場合は、「福祉医療」を使わずに、医療保険の自己負担額を受給者に請求してください。

特に、幼稚園・保育園・学校等関係者が児童を引率して受診する場合は注意してください。

### (2) 受給者からスポーツ共済の給付申請にかかる「医療等の状況」の記入依頼があった場合

スポーツ共済の給付対象となる場合は、受給者に福祉医療費助成の対象外になる旨を説明していただき、「医療等の状況」様式の右下にある公費負担医療制度を利用した場合に記入する欄には記入しないでください。

### (3) 福祉医療費請求書の提出について

#### ① 療養費支給申請書の内容の全てがスポーツ共済の給付対象となる場合

対象外となりますので、福祉医療費の請求は行わないでください。

#### ② 療養費支給申請書の内容の一部がスポーツ共済の給付対象となる場合

療養費支給申請書「写し」の摘要欄に「スポーツ共済 ○○円」との記載を追加し、スポーツ共済の対象分と対象外分の金額がわかるように明記してください。摘要欄に記載していただいた「奈良県福祉医療」金額、「受給者負担」金額及び「スポーツ共済」金額の合算が右側の一部負担金欄の金額と一致するように記載をお願いします。

さらに、摘要欄に「受給者負担+スポーツ共済 ○○円」との記載を追加してください。「受給者負担+スポーツ共済」の金額は、「受給者負担」と「スポーツ共済」の合計金額となるようにしてください。

(摘要欄 記載例)

摘要	
(1) スポーツ共済対象傷病	
奈良県福祉医療	590円
受給者負担	1000円
スポーツ共済	378円
受給者負担+スポーツ共済	1378円

どの部位への施術がスポーツ共済の対象か分かるように記載してください。

#### (4) 福祉医療費請求書の提出後にスポーツ共済の対象と判明した場合について

- スポーツ共済の給付申請にかかる「医療等の状況」による証明を行う際、可能な限り、施術所から受給者へ助成金相当額を請求してください。
- 助成金相当額を受領後は、福祉医療対象外として、返戻等差額発生報告書（現物給付用）を該当の市町村福祉医療担当課へ提出してください。後に市町村が発行する納付書等により、助成金相当額を市町村に返還します。（国保連合会では過誤調整は行いません。）

○ 基本の対応

適用する制度	日本スポーツ振興センター による災害共済給付金	福祉医療
施術所窓口 での対応	2割または3割徴収	福祉医療一部負担金の徴収

○ 後日、適用すべき制度が誤っていると判明した場合の対応

適用済制度	日本スポーツ振興センター による災害共済給付金と想定	福祉医療
施術所窓口 での当初の対応	2割または3割徴収	福祉医療一部負担金の徴収



本来適用 すべき制度	福祉医療	日本スポーツ振興センター による災害共済給付金
---------------	------	----------------------------



施術所 窓口での 後日の対応	市町村窓口で償還払いの 手続きをする旨周知	日本スポーツ振興センターへの請求手続き上 必要となる「医療等の状況」による証明を行う 際、可能な限り、助成金相当額（医療保険の一 部負担金である2割または3割から福祉医療一 部負担金を差し引いた金額）を受給者に請求し徴 収を行う	
審査支払機関 への対応	特になし	福祉医療費請求書 を未提出	福祉医療費請求書 を提出済み
		福祉医療として 請求しない	該当市町村に「福祉医療費 ・返戻等差額発生報告書」を 提出し、該当市町村から送 付された納付書により、助成 額の全額又は差額を直接該 当市町村へ返還。 ※国保連合会では過誤調整 は行いません。

福祉医療として取り扱ったものについて、後日スポーツ共済の対象であることが判明した場合、施術所の窓口で対応していただく事務処理は煩雑となります。

事前に受給者へ確認の上、幼稚園・保育園・学校等での管理下における負傷又は疾病である場合は、必ず福祉医療の対象外として取り扱うようお願いいたします。

# Q & A

## 1 全体編

Q 1 福祉医療費助成制度の助成の対象はどのようなものか。

A 福祉医療制度の助成対象は、「医療保険制度における医療費の(最終的な)自己負担額」です。従って、保険適用外の施術には、適用されません。また、特定疾病や自立支援医療など他の公費の適用がある場合は、その公費適用後なお残る自己負担額が、福祉医療の助成対象となります。

Q 2 自己負担額支払明細書について

A 現物給付方式の対象者(法別番号73・83・93)に関して、福祉医療費請求書を提出し、助成金の請求をするため、自己負担額支払明細書の提出は不要です。

自動償還方式の対象者(法別番号71・81・91)については、自己負担額支払明細書の提出をお願いします。

## 2 自動償還編

Q 3 二つ以上の公費負担の受給資格証を提示された場合、国保分のレセプトにおいて、自動償還ではどのように記載すればよいか。

A 医療保険、国公費、その他の公費の順で適用し、福祉医療の公費負担者番号、受給者番号は、一番最後に記載してください。誤って福祉医療の公費負担者番号、受給者番号を第一公費に入力すると、エラーになります。

ただし、療養費支給申請書の公費負担者番号欄・受給者番号欄は基本的に、現物給付が認められた公費のみの使用となります。各公費により取扱いが異なりますので、各公費の関係機関へご確認ください。

なお、福祉医療の公費負担者番号、受給者番号入力は、自動償還におけるレセプトへの目印の為であり、現物給付ではありません。受給者の方への窓口請求は、従来通り、医療保険の自己負担額(国等公費があればその適用後の自己負担額)を請求してください。受給者の方へは、従来通り自己負担額支払明細書により、自動償還にて助成されます。(奈良県独自の取扱い)。

Q 4 療養費支給申請書の点検や確認等で発生した返還について、自動償還の場合、福祉医療ではどのように対応するのか。

- A 施術所において、再度、自己負担額支払明細書を作成する必要はありません。後日、受給者との間で、窓口支払額の差額のやりとりが行われた場合は、返戻等差額発生報告書を国保連合会に提出のうえ、市町村に報告されることになります。

### 3 現物給付編

#### ○ 福祉医療一部負担金について

Q 5 同一月に複数回受診があった場合の福祉医療一部負担金の取扱いは。

- A 例えば1療養費支給申請書500円の場合、1回目の窓口負担が400円であれば、同一月の2回目の受診は100円までの負担となります。なお、2回目までに500円の負担があれば、同一月の3回目以降は窓口負担がありません。

Q 6 月途中で健康保険を変更した場合の福祉医療一部負担金は。

- A 同月内において保険者が変わった場合は、それぞれの保険者ごとに療養費支給申請書を作成するため、それぞれの療養費支給申請書ごとに福祉医療一部負担金を算出してください。例えば、福祉医療一部負担金が1療養費支給申請書500円の場合、療養費支給申請書ごとに500円を算出するため、受給者には合わせて1,000円を請求することになります。

Q 7 月途中でA市からB市へ転出した場合の福祉医療一部負担金は。

- A A市とB市のそれぞれで福祉医療一部負担金を算出してください。A市とB市ともに福祉医療一部負担金が500円の場合、受給者には合わせて1,000円を請求することになります。

Q 8 月途中でA市子ども医療費助成事業からA市ひとり親家庭等医療費助成事業へ変更した場合の福祉医療一部負担金は。

- A 子ども医療費助成事業とひとり親家庭等医療費助成事業のそれぞれで福祉医療一部負担金を算出してください。それぞれの事業の福祉医療一部負担金が500円の場合、受給者には合わせて1,000円を請求することになります。

#### ○ 請求について

Q 9 月途中で資格取得の場合について

- A 療養費支給申請書写しの摘要欄に「資格取得前 ○○円」との記載を追加し、資格取得前と取得後の金額がわかるように明記してください。摘要欄に記載していただいた「奈良県福祉医療」金額、「受給者負担」金額及び「資格取得前」金額の合算が右側の一部負担金欄の金額と一致するように記載をお願いします。

## 関係機関連絡先

### ■ 福祉医療における各種様式及び取扱いマニュアル等のダウンロード先

---

奈良県のホームページから  
トップページ>県の組織>福祉医療部 医療・介護保険局>医療保険課>福祉医療制度  
>医療機関等向け各様式

[https://www.pref.nara.jp/dd\\_aspx\\_menuid-1982.htm](https://www.pref.nara.jp/dd_aspx_menuid-1982.htm)

### ■ 福祉医療制度全般に関するお問い合わせ

---

奈良県福祉医療部医療・介護保険局医療保険課医療費適正化・福祉医療係  
〒630-8501 奈良市登大路町30番地  
TEL:0742-27-8546(直) FAX:0742-27-0445

### ■ 福祉医療費自己負担額支払明細書及び福祉医療費請求書等送付先

---

奈良県国民健康保険団体連合会  
〒634-0061 奈良県橿原市大久保町302番1(奈良県市町村会館内)  
TEL:0744-29-8311(代) FAX:0744-29-8322

■ 各市町村連絡先

市町村名	所在地	電話番号(代表)
奈良市	奈良市二条大路南1丁目1-1	0742-34-1111
大和高田市	大和高田市大中98-4	0745-22-1101
大和郡山市	大和郡山市北郡山町248-4	0743-53-1151
天理市	天理市川原城町605	0743-63-1001
橿原市	橿原市八木町1丁目1-18	0744-22-4001
桜井市	桜井市粟殿432-1	0744-42-9111
五條市	五條市岡口1丁目3-1	0747-22-4001
御所市	御所市1-3	0745-62-3001
生駒市	生駒市東新町8-38	0743-74-1111
香芝市	香芝市逢坂1-374-1	0745-79-7528
葛城市	葛城市大字柿本166	0745-69-3001
宇陀市	宇陀市榛原下井足17番地の3	0745-82-8000
山添村	山添村大西151	0743-85-0041
平群町	平群町吉新1丁目1-1	0745-45-1001
三郷町	三郷町勢野西1丁目1-1	0745-73-2101
斑鳩町	斑鳩町法隆寺西3丁目7-12	0745-74-1001
安堵町	安堵町東安堵958	0743-57-1511
川西町	川西町結崎28-1	0745-44-2211
三宅町	三宅町伴堂689	0745-44-3073
田原本町	田原本町890-1	0744-32-2901
曾爾村	曾爾村今井495-1	0745-94-2101
御杖村	御杖村菅野368	0745-95-2001
高取町	高取町観覚寺990-1	0744-52-3334
明日香村	明日香村橘21	0744-54-2001
上牧町	上牧町上牧3350	0745-76-1001
王寺町	王寺町王寺2丁目1-23	0745-73-2001
広陵町	広陵町南郷583-1	0745-55-1001
河合町	河合町池部1丁目1-1	0745-57-0200
吉野町	吉野町上市80-1	0746-32-3081
大淀町	大淀町桧垣本2090	0747-52-5501
下市町	下市町下市1960	0747-52-0001
黒滝村	黒滝村寺戸77	0747-62-2031
天川村	天川村沢谷60	0747-63-0321
野迫川村	野迫川村北股84	0747-37-2101
十津川村	十津川村小原225-1	0746-62-0001
下北山村	下北山村寺垣内983	07468-6-0001
上北山村	上北山村河合330	07468-3-0380
川上村	川上村迫1335番地の7	0746-52-0111
東吉野村	東吉野村小川99	0746-42-0441