

市町村医療福祉費支給制度（市町村単独医療費助成事業）について（現物給付）

1. 各市町村の実施状況及び公費番号について（令和7年4月診療分から）

| | 市町村単独医療費助成事業(マル福)現物給付 | | | | | | |
|---------|-----------------------|----------------|-----------------------------|-------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|
| | 所得制限撤廃 | | | | 対象者拡大 | | |
| | 小児 (90) | ひとり親家庭 (91) | 重度心身障害者 (高齢重度含む) (95) | 妊産婦 (96) | 中学生 (外来) (90) | 高校生相当 (外来) (90) | その他市町村 助成対象者 (94) |
| 水戸市 | 90080011 | - | - | - | 90080011 | 90080011 | - |
| 日立市 | 90080029 | 91080028 | 95080024 | 96080023 | 90080029 | 90080029 | - |
| 土浦市 | 90080037 | - | - | 96080031 | 90080037 | 90080037 | - |
| 古河市 | 90080045 | - | - | 96080049 | 90080045 | 90080045 | - |
| 石岡市 | 90080052 | - | - | - | 90080052 | 90080052 | - |
| 結城市 | 90080078 | - | - | - | 90080078 | 90080078 | - |
| 龍ヶ崎市 | 90080086 | - | - | - | 90080086 | 90080086 | - |
| 下妻市 | 90080102 | - | - | 96080106 | 90080102 | 90080102 | - |
| 常総市 | 90080110 | - | - | - | 90080110 | 90080110 | - |
| 常陸太田市 | 90080128 | - | - | - | 90080128 | 90080128 | - |
| 高萩市 | 90080144 | - | - | - | 90080144 | 90080144 | - |
| 北茨城市 | 90080151 | - | - | 96080155 | 90080151 | 90080151 | - |
| 取手市 | 90080177 | - | - | - | 90080177 | 90080177 | - |
| 那珂市 | 90080334 | - | - | 96080338 | 90080334 | 90080334 | - |
| 常陸大宮市 | 90080359 | - | - | 96080353 | 90080359 | 90080359 | - |
| 鹿嶋市 | 90080482 | - | - | - | 90080482 | 90080482 | - |
| 神栖市 | 90080490 | 91080499 | 95080495 | - | 90080490 | 90080490 | - |
| 潮来市 | 90080532 | - | - | 96080536 | 90080532 | 90080532 | - |
| 牛久市 | 90080599 | - | - | - | 90080599 | 90080599 | - |
| 守谷市 | 90080904 | - | - | 96080908 | 90080904 | 90080904 | - |
| つくば市 | 90080938 | - | - | - | 90080938 | 90080938 | - |
| ひたちなか市 | 90080946 | - | - | - | 90080946 | 90080946 | - |
| 稲敷市 | 90080961 | - | - | - | 90080961 | 90080961 | - |
| 坂東市 | 90080979 | - | - | - | 90080979 | 90080979 | - |
| 筑西市 | 90080987 | - | - | - | 90080987 | 90080987 | - |
| かすみがうら市 | 90080995 | - | - | 96080999 | 90080995 | 90080995 | - |
| 行方市 | 90081001 | - | - | - | 90081001 | 90081001 | - |
| 桜川市 | 90081019 | 91081018 | 95081014 | - | 90081019 | 90081019 | - |
| 鉾田市 | 90081027 | - | - | - | 90081027 | 90081027 | - |
| つくばみらい市 | 90081035 | - | - | 96081039 | 90081035 | 90081035 | - |
| 笠間市 | 90081043 | 91081042 | 95081048 | 96081047 | 90081043 | 90081043 | - |
| 小美玉市 | 90081050 | - | - | - | 90081050 | 90081050 | - |
| 茨城町 | 90080201 | - | - | - | 90080201 | 90080201 | - |
| 大洗町 | 90080276 | - | 95080271 | - | 90080276 | 90080276 | - |
| 城里町 | 90080953 | - | - | - | 90080953 | 90080953 | - |
| 東海村 | 90080326 | - | 95080321 | - | 90080326 | 90080326 | - |
| 大子町 | 90080425 | - | - | 96080429 | 90080425 | 90080425 | - |
| 美浦村 | 90080573 | - | - | 96080577 | 90080573 | 90080573 | - |
| 阿見町 | 90080581 | - | - | - | 90080581 | 90080581 | - |
| 河内町 | 90080623 | 91080622 | - | 96080627 | 90080623 | 90080623 | - |
| 八千代町 | 90080821 | - | - | 96080825 | 90080821 | 90080821 | - |
| 五霞町 | 90080862 | - | - | - | 90080862 | 90080862 | - |
| 境町 | 90080896 | - | - | - | 90080896 | 90080896 | 94080892 |
| 利根町 | 90080920 | - | - | - | 90080920 | 90080920 | - |

《所得制限撤廃》

所得制限により、茨城県医療福祉制度（法別 80 番台）の助成が受けられない方を、市町村が単独で助成している事業です。

《対象者拡大》

茨城県医療福祉制度（法別 80 番台）の対象範囲外である中学生の外来等を、市町村が単独で助成している事業です。

2. 患者窓口自己負担金の取扱いについて

茨城県の医療福祉制度と同様の取扱いとなります。

※ 患者窓口自己負担金が発生する法別番号

| 法別番号 | | 区分名称 | 発生の有無 |
|--------|----|-----------------|-------|
| 所得制限撤廃 | 90 | 小児 | ○ |
| | 91 | ひとり親家庭 | ○ |
| | 95 | 重度心身障害者（高齢重度含む） | × |
| | 96 | 妊産婦 | ○ |
| 対象者拡大 | 90 | 中学生（外来） | ○ |
| | 90 | 高校生相当(外来) | ○ |
| | 94 | その他市町村助成対象者 | ○ |

《入院》

1日につき300円（1日の支給額（点数×患者負担割合）が300円に満たない場合は、その満たない額）とし、同一月に同一の保険医療機関等において3,000円を限度。

《外来》（薬局は除く。）

1日につき600円（1日の支給額（点数×患者負担割合）が600円に満たない場合は、その満たない額）とし、同一月に同一の保険医療機関等において月2回を限度。

※ 1日の支給額（点数×患者負担割合）が300円（入院）、600円（外来）に満たない場合、診療報酬明細書の自己負担金は1円単位で記載してください。

診療(調剤)報酬明細書等

| 診療(調剤)報酬明細書等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|------|---|---|---|---|---|---|------|---|---|-------------------------|--------|--|---|----------|---|-----|---|---|
| — | | | | | | | | | | | | 保険 診療 実 日 数 | 2 日 | (例) 給付割合7割 ★1日目…400点 400点×3割=1,200円 1,200円>600円(1日の限度)のため、患者負担金は600円 ★2日目…167点 167点×3割=501円 501円<600円(1日の限度)のため、患者負担金は501円 ※窓口での徴収額は四捨五入のため500円 明細書には、600円+501円=1,101円を記載してください。 | | | | | | |
| 公費① | 9 | 0 | X | X | X | X | X | X | 公受① | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 公費① | 2 | 日 |
| 公費② | | | | | | | | | 公受② | | | | | | | | | 公費② | | 日 |
| 療 養 の 給 付 | 保 険 | 請求点数 | | | | | | | 決定点数 | | | | | | | 一部負担金(円) | | | | |
| | | 567 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 公 費 ① | 567 | | | | | | | | | | | | | | 1,101 | | | | |
| | 公 費 ② | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. 入院時の食事療養標準負担額等について

入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額については、すべての法別番号において、医療福祉の給付対象外となりますので、受給者から徴収してください。

なお、診療報酬明細書の食事欄には“0”を記載してください。

診療(調剤)報酬明細書等

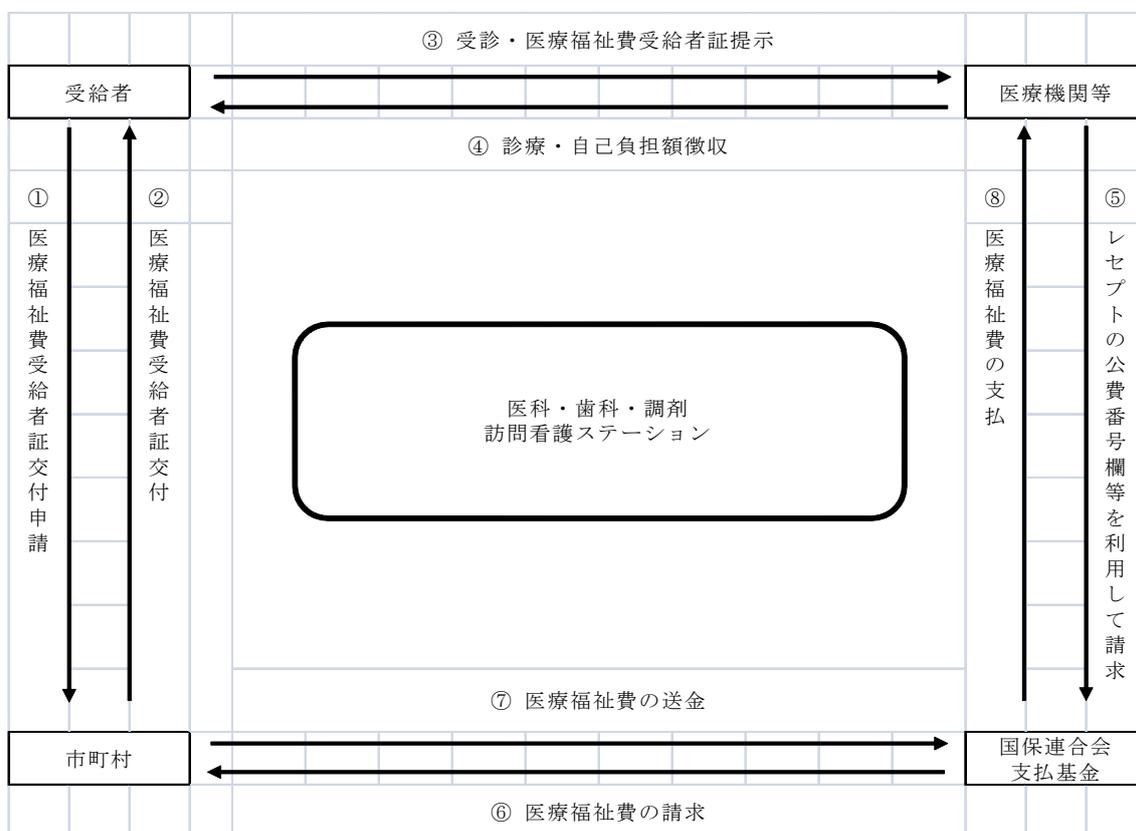
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|--|--|-----------|-----------|------------|----------|--|
| — | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | 診療 実日数 | 保険 30日 | 公費① 30日 | 公費② 日 | |
| 公負① | 9 | 0 | X | X | X | X | X | X | X | 公受① | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | |
| 公負② | | | | | | | | | | 公受② | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------|--------|----|--------|--------|---------|---|--------|---|
| 食事・生活療養 | 保 険 | 回 | 請 求 | 円 | ※決 定 | 円 | 標準負担額 | 円 |
| | 公費① | XX | | XX,XXX | | | XX,XXX | |
| | 公費② | 0 | | 0 | | | 0 | |
| | 公費③ | | | | | | | |

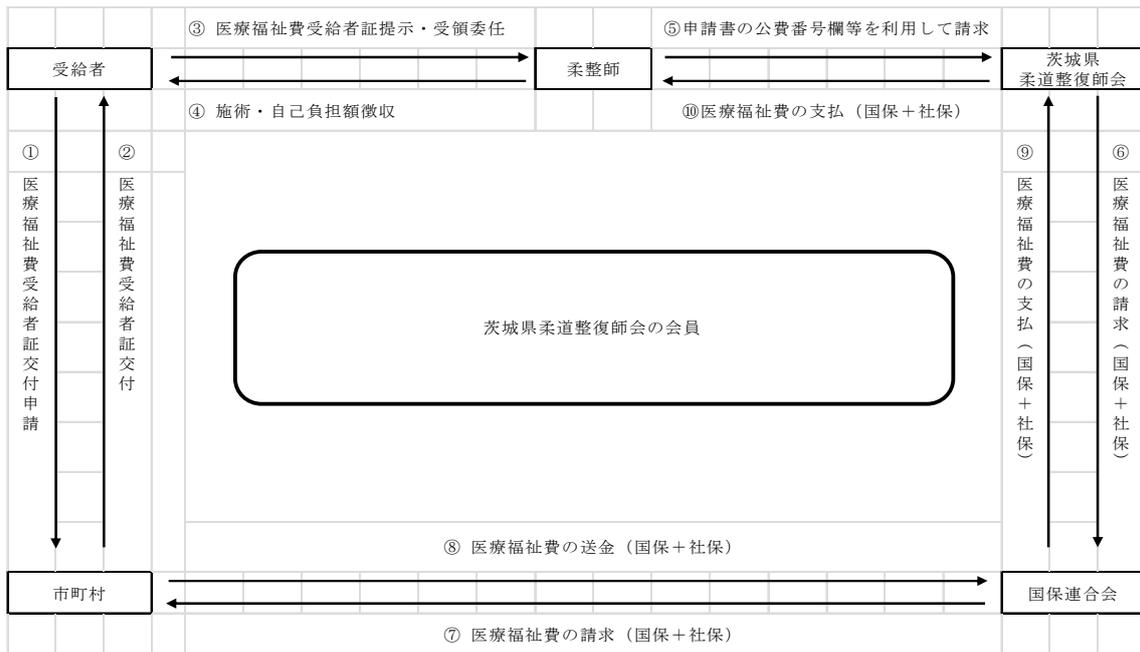
食事・生活療養欄の回数、請求及び標準負担額に、“0”を記載してください。

4. 市町村医療福祉費支給制度の給付方法について（請求支払の流れ）

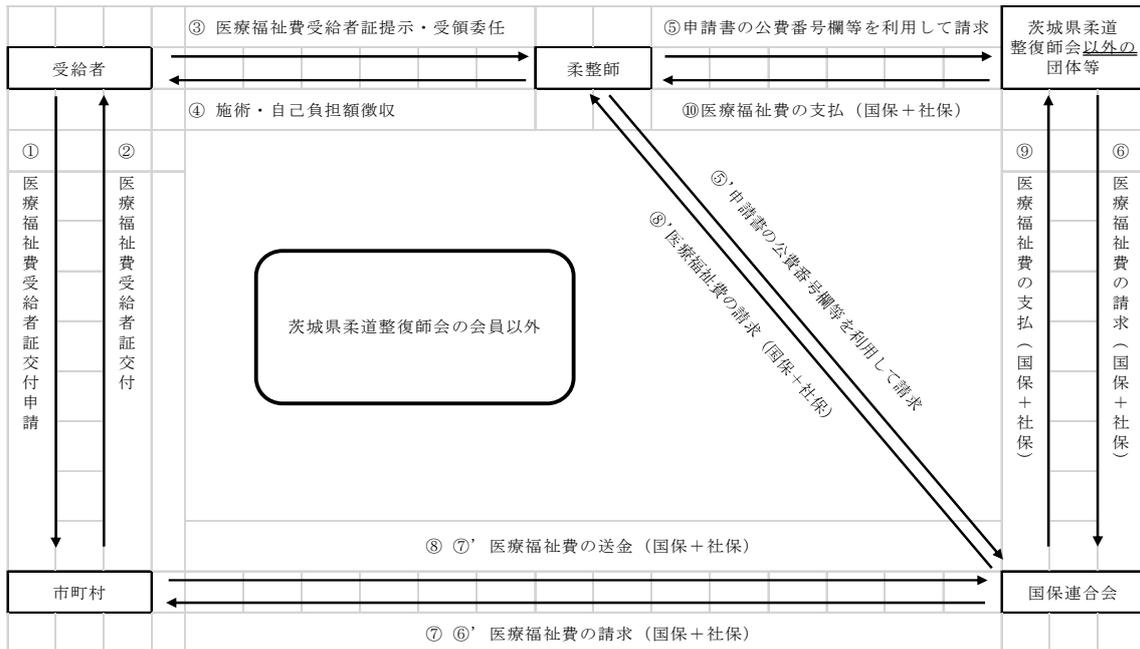
(1) 医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション



(2) ①茨城県柔道整復師会の会員である接骨院



②茨城県柔道整復師会の会員以外である接骨院



5. 医療福祉受給者証について

《見本》

| | | | | | | | | | |
|-------------------|------|------------|--|---|--|---|--|---|--|
| 〇〇〇（市町村）医療費受給者証 | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の 記号及び番号 | | | | | | | | | |
| 保険種別 | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | | | | | |
| 受 給 者 | 住 所 | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | | | | | | |
| 発行機関名 及び印 | | 茨城県〇〇市（町村） | | | | | | 印 | |
| 交付年月日 | | 年 | | 月 | | 日 | | | |

受給者証の表題及び色は、市町村によって異なります。

また、受給者によっては、茨城県医療福祉（法別 84 番）と市町村医療福祉（法別 90 番）の受給者証 2 枚を持っている方がいますので、必ず表題又は有効期間欄をご確認ください。

表題又は有効期間欄に【入院のみ有効】又は【外来のみ有効】と記載がある場合は、各区分でしか使用できませんのでご注意ください。

記載がない場合は、入院・外来で使用できます。

※受給者証の余白に記載がある市町村がありますのでご注意ください。

※ 受給者証の内容については、各市町村の医療福祉主管課へお問い合わせください。

6. 診療（調剤）報酬等総括票について（医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション）

診療（調剤）報酬明細書等を紙レセプトで請求する場合には必ず総括票を添付し、医療福祉欄に件数等を国保・後期各々記載願います。（他に茨城県医療福祉（80番台）のレセプトがある場合は合算して記載してください。）

| | | | | | |
|--|------------|-------|-----|--------------------------|-------|
| | | | | 保険医療 機関番号 | |
| 令和 年 月分 診療報酬総括票 保険医療機関の 所在地及び名称 開設者氏名 | | | | | |
| 区 分 | | 件 数 | 点 数 | 食事療養 件 数 金 額 | |
| 国 保 | 保一般 険者被 | 入 院 | | | ※受付件数 |
| | | 入 院 外 | | | |
| | 退 職者 | 入 院 | | | |
| | | 入 院 外 | | | |
| 医 療 福 祉 | | | | | 受付日付印 |
| 公 費 負 担 | | | | | |
| 後 期 高 齢 | 入 院 | | | 医療福祉該当レセプトの件数等を記載してください。 | |
| | | 入 院 外 | | | |
| 後 期 医 療 福 祉 | | | | | |
| 後 期 公 費 負 担 | | | | | |

7. 診療（調剤）報酬等請求書について（医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション）

診療（調剤）報酬明細書等を紙で請求する場合には、必ず請求書を添付願います。

《国保》

公費負担医療欄に“90”と記載し、件数、日数、点数、一部負担金の合計を記載願います。

公費負担医療

| | | 療養の給付 | | | | |
|----|-----|-------|------------|----|---------|--------|
| | | 件数 | 診 療 実日数 | 点数 | 一部負担金 | |
| 90 | 請 求 | 入院 | xx | xx | xxx,xxx | xx,xxx |
| | | 入院外 | xx | xx | xx,xxx | xx,xxx |
| | 決 定 | 入 院 | | | | |
| | | 入 院 | | | | |

”90”と記載し、件数、日数、点数、一部負担金の合計を記載してください。
 ※90番台の医療福祉レセプトは、すべて”90”と記載します。

《社保》

公費と医保の併用欄に“法制番号”を記載し、各々件数、点数、一部負担金の合計を記載してください。または、“90”と記載し、90番台の件数、点数、一部負担金の合計を記載願います。

| 区分 | | 療養の給付 | | | |
|---------------------------------------|----|-------|------------|----------|----------------|
| | | 件数 | 診 療 実日数 | 点数 | 一部負担金 (控除額) |
| 公費と 医保の 併用 | 90 | xx | | xxx, xxx | xx, xxx |
| | 91 | xx | | xxx, xxx | xx, xxx |
| ”法制番号”を記載し、各々件数、点数、一部負担金の合計を記載してください。 | | | | | |

8. 診療（調剤）報酬明細書等について

(1) 90番台医療福祉のみの場合（医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション）

診療（調剤）報酬明細書等

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|--------|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|----------|---|--|--|------------------|------------------|----------|--|------------------------------------|
| — | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | 診療 実日数 | 保険 2日 | | |
| 公負① | 9 | 0 | X | X | X | X | X | 公受① | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | 診療 公費① 実日数 | 2日 | | 医療福祉該当日数を記載する。 ※保険点数と同日数の場合は省略可 |
| 公負② | | | | | | | | 公受② | | | | | | | | | | 診療 公費② 実日数 | | | | |
| 療 養 の 給 付 | 保 険 | 請求点数 | | | | | | 決定点数 | | | | | | 一部負担金(円) | | | | | | | | |
| | | 12,345 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 公 費 ① | 12,345 | | | | | | | | | | | | 1,200 | | | | | | | | |
| | 公 費 ② | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

医療福祉該当日数を記載する。
歯科は公費分点数欄に記載する。
※保険点数と同点数の場合は省略可

医療福祉受給者証の公費負担者番号及び受給者番号を記載する。

医療福祉の患者一部負担金を記載する。
歯科は患者負担額(公費)欄に記載する。

(2) 他公費と併用の場合（医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション）

診療（調剤）報酬明細書等

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|--------|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|----------|---|--|--|--|------------------|----------|--|---------------------|
| — | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | 診療 実日数 | 保険 2日 | | |
| 公負① | 5 | 4 | X | X | X | X | X | 公受① | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | 診療 公費① 実日数 | 2日 | | 公費②に、医療福祉該当日数を記載する。 |
| 公負② | 9 | 0 | X | X | X | X | X | 公受② | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | 診療 公費② 実日数 | 2日 | | |
| 療 養 の 給 付 | 保 険 | 請求点数 | | | | | | 決定点数 | | | | | | 一部負担金(円) | | | | | | | | |
| | | 12,345 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 公 費 ① | 10,000 | | | | | | | | | | | | 5,000 | | | | | | | | |
| | 公 費 ② | 12,345 | | | | | | | | | | | | 1,200 | | | | | | | | |

公費②に、医療福祉該当日数を記載する。

他の公費、又は茨城県医療福祉(80番台)を公費①に記載し、90番台医療福祉は、公費②に記載する。
なお、歯科は記載する欄がないため、レセプトの備考欄に公費負担者番号、受給者番号、日数、点数、患者一部負担金を記載する。

公費②に、医療福祉の患者一部負担金を記載する。

公費①に患者一部負担金がある場合は、保険点数と同点数を記載する。
公費①に患者一部負担金がない場合は、保険点数と公費①点数の差(2,345)を記載する。

9. 柔道整復施術療養費支給申請書について

柔道整復施術療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|
| — | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | |
| 公負① | 9 | 0 | X | X | X | X | X | 公受① | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | 医療福祉受給者証の公費負担者番号及び受給者番号を記載する。 |
| 公負② | | | | | | | | 公受② | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | 4 | 7 | 2 | 0 | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金 | | | | | | | | 3 | 割 | | | | | | | | | | | | | |
| 請求金額 | | | | | | | | 3 | 3 | 0 | 4 | | | | | | | | | | | |
| 任意公費 患者負担金 | | | | | | | | 1 | 0 | 6 | 2 | | | | | | | | | | | |

月の1回目の施術料合計×3割(600円限度)と、2回目の施術料合計×3割(600円限度)の合計を、1円単位で記載する。

※ 診療（調剤）報酬明細書等の記載方法については、茨城県国民健康保険団体連合会、又は社会保険診療報酬支払基金茨城審査委員会事務局にお問い合わせください。