

国民健康保険・後期高齢者医療保険加入者における
医療費助成事業公費併用請求対象市町村一覧

◎ 受給者証の確認をお願いします。

- ・ 公費併用請求の対象となる受給者の方は、受給者証に以下の公費負担者番号が記載されております。
- ・ 医療費助成事業内容は、市町村により異なる場合がありますので、併せて御確認願います。

◎ 福島県内の保険医療機関もしくは保険薬局または指定訪問看護事業者の当該指定に係る事業所(以下「保険医療機関等」という。)を対象とします。
・ 被保険者の提示した受給者証に記載された公費負担者番号及び公費受給者番号を記載し、公費併用として請求してください。
・ 福島県外の保険医療機関等におきましては、公費併用としての請求は出来ません。

※ 請 求 の 際 は、
開始診療年月に
御 注 意 ください。

	乳幼児・子ども医療費助成事業					ひとり親家庭医療費助成事業					重度心身障がい者医療費助成事業				
市 町 村 名	公費負担者番号	開始診療年月	一 部 負担金	食事療養費	備 考	公費負担者番号	開始診療年月	一 部 負担金	食事療養費	備 考	公費負担者番号	開始診療年月	一 部 負担金	食事療養費	備 考
会津若松市	80070022	令和5年4月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥	81070021	令和元年8月	なし	食事標準 負担額を助成	※③	82070020	令和2年4月	なし	対象外	※②④⑤
郡 山 市	80070030	令和4年7月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
白 河 市	80070055	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥						82070053	令和3年8月	なし	対象外	※②④⑤
須賀川市	80070071	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
田 村 市	80070113	令和5年2月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥	81070112	令和3年11月	※①	食事標準 負担額を助成	※③	82070111	令和4年8月	なし	対象外	※②④⑤
本 宮 市	80070147	令和5年6月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
国 見 町	80070535	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
川 俣 町	80070584	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
鏡 石 町	80070675	令和4年12月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
天 栄 村	80070691	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
下 郷 町						81070716	令和5年4月	※①	食事標準 負担額を助成	※③	82070715	令和5年4月	なし	対象外	※②④⑤
只 見 町	80070766	令和4年12月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥	81070765	平成30年8月	※①	対象外	※③	82070764	平成30年8月	なし	対象外	※②③
北塩原村	80070790	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥						82070798	令和5年4月	なし	対象外	※②③⑤
西会津町	80070824	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
磐 梯 町											82070848	令和5年4月	なし	対象外	※②④⑤
会津坂下町											82070863	令和5年8月	なし	対象外	※②④⑤
湯 川 村	80070873	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥	81070872	平成30年8月	※①	食事標準 負担額を助成	※③	82070871	平成30年8月	なし	対象外	※②③
柳 津 町											82070889	令和3年8月	なし	対象外	※②④
三 島 町											82070939	令和4年10月	なし	対象外	※②④⑤
金 山 町											82070947	令和4年8月	なし	対象外	※②④⑤
昭 和 村						81070955	平成30年10月	※①	食事標準 負担額を助成	※③	82070954	平成30年10月	なし	対象外	※②③
西 郷 村											82070962	令和3年8月	なし	対象外	※②④⑤
泉 崎 村	80070998	令和5年2月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥						82070996	令和3年8月	なし	食事標準 負担額を助成	※②④⑤
中 島 村	80071004	令和5年2月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥						82071002	令和3年8月	なし	対象外	※②④⑤
矢 吹 町	80071012	令和5年4月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥						82071010	令和3年8月	なし	対象外	※②④⑤
棚 倉 町											82071036	令和5年8月	なし	対象外	※②④⑤
石 川 町	80071087	令和5年4月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
浅 川 町	80071111	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥						82071119	令和4年8月	なし	食事標準負担 額の1/2を助成	※②③⑤
三 春 町											82071127	令和5年8月	なし	対象外	※②④⑤
小 野 町											82071135	令和5年8月	なし	対象外	※②④⑤
富 岡 町	80071210	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
川 内 村	80071228	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥	81071227	平成31年4月	なし	食事標準 負担額を助成	※③	82071226	平成31年4月	なし	対象外	※②③
双 葉 町	80071244	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥										
飯 舘 村						81071300	平成30年8月	※①	食事標準 負担額を助成	※③	82071309	平成30年8月	なし	対象外	※②③
会津美里町						81071318	令和3年11月	※①	食事標準 負担額を助成	※③	82071317	令和3年8月	なし	対象外	※②④
南 会 津 町	80071327	令和4年10月	なし	食事標準 負担額を助成	※⑥	81071326	令和2年11月	※①	対象外	※③	82071325	令和2年8月	なし	対象外	※②③

備 考 ※① ： 世帯ごとに月額1,000円まで(受給者証または上限管理票に徴収金額の記入欄あり)

※② ： 精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている方が、精神障がいによる疾患で入院したときは、受給者証を使用できません。

※③ ： 国保組合被保険者について、70歳以上の全てのレセプト及び70歳未満で一部負担金相当額が21,000円以上のレセプトは公費併用請求の対象となりません。(償還払い対象)

※④ ： 国保組合被保険者について、65歳未満で一部負担金相当額が21,000円以上のレセプトは公費併用請求の対象となりません。(償還払い対象)

※⑤ ： 65歳以上の後期高齢者医療保険未加入者で受給者証に「償還」と記載されている方は、公費併用請求の対象となりません。(償還払い対象)

※⑥ ： 市町村国保の被保険者は公費併用請求の対象となりません。(国保10割給付)
(公費併用請求の対象は当該市町村に住所を有する国保組合(福島県歯科医師国保組合・福島県医師国保組合を含む全国の全ての国保組合)の被保険者です。(18歳に達する日以後の最初の3月31日まで))
一部負担金相当額が21,000円以上のレセプトは公費併用請求の対象となりません。(償還払い対象)

◎ レセプトは、【国保(後期)と公費】の併用レセプトで請求願います。

- ・ 上記の受給者証と一緒に、他の公費の受給者証も利用できます。(例：国保 と 公費54 と 公費82)