【長野県調査】附加給付事業実施状況調査票

※フォームが開けない場合のみこちらの様式からご回答ください。

当県の福祉医療費給付事業の適切な運用のため、貴組合で実施している附加給付事業についてご教授ください。

【回答締切】2025年３月14日（金）

【お問い合わせ先】長野県　健康福祉部健康福祉政策課（電話番号：026-235-7093）

【ご提出先】[kenko-kikaku@pref.nagano.lg.jp](mailto:kenko-kikaku@pref.nagano.lg.jp)

**【基本情報】**

**１．貴組合名称**

**２．保険者番号**

**３．電話番号**

**４．メールアドレス**

※次回調査を実施することとなった際に、調査票等を電子メールでお送りすることに同意いただける場合はご記入ください。

**５．前回調査からの変更点**

※当県による前回調査（2023年2月実施）にご回答いただいた保険者様について、前回調査時からの制度内容変更の有無をご回答ください。なお、前回調査時からの変更の有無が分からない場合は、「変更有」を選択してください。

変更有（または変更の有無がわからない） 変更無→「22．その他」へ

**【被保険者本人に対する一部負担還元金の給付】**

**６．制度の有無**

※被保険者本人への附加給付の有無をご回答ください。

有　　　無→「18．制度の有無（家族）」へ　　　廃止予定（廃止時期：　年　月）

**７．適用開始年月（不明な場合記載不要です）**

年　　月

**８．支給額の算出単位**

レセプト　　　診察月　　　その他（　　　）

**９．控除額および算定式**

※控除額または支給額の算定方法をご記入ください。算出式が（自己負担額ー（○○円））の場合、○○円の数字（控除額）をご記入ください。（記入いただくのが難しい内容に関しては、詳細がわかるホームページ等のリンクを貼付していただけますと幸いです）

区分ア：標準報酬月額83万円以上

区分イ：標準報酬月額53万円～79万円

区分ウ：標準報酬月額28万円～50万円

区分エ：標準報酬月額26万円以下

区分オ：低所得者（市町村民税非課税者等）

（記載例：20,000円　/　区分ア、イ：50,000円、区分ウ：30,000円　/　区分ア：30,000円＋（医療費ー842,000）×1%）

**10．支給割合**

※算定式により算出した額の○○%を支給。（○○%の数字をご記入ください。）

**11．算定後の不支給額**

※算定後の金額が○○円未満の場合不支給。（○○円の数字をご記入ください。）

**12．端数処理（１）**

※算定後の金額のうち○○円未満切り捨て/四捨五入/切り上げ。（○○円の数字をご記入ください。）

**13．端数処理（２）**

※算定後の金額のうち○○円未満切り捨て/四捨五入/切り上げ。

切り捨て　　四捨五入　　　切り上げ

**14．処方箋調剤レセプトとの合算**

有　　　無

**15．制度の改正予定**

※上記制度に関して、今後改正の予定があれば改正後の内容についてご記入ください。

**16．市町村医療費助成制度対象者に対する支給の有無**

※償還払い方式（※）により助成される市町村医療費助成制度対象者に対する、一部負担還元金支給の有無をご回答ください。

※本県では、下記により医療費助成を行う方式を「償還払い方式」と呼んでいます。

①受給者が医療機関の窓口で一部負担金を支払う

②市町村が、後日、一部負担金から保険者が負担する高額療養費及び附加給付額、市町村毎に定める受給者負担金等を差引いた金額を、受給者に給付する

有　　　無　　　その他

**17．備考**

※その他、給付に関する条件等があればご記入ください。

（記載例：処方箋調剤レセプトとの合算は申請があったときのみ　/　市町村の支給状況により支給）

**【家族に対する給付】**

**18．制度の有無（家族）**

※被保険者家族への附加給付の有無をご回答ください。

有　　　無→「22．その他」へ　　　廃止予定（廃止時期：　年　月）

**19．被保険者本人に対する支給との違いの有無**

※家族に対する支給について、被保険者本人に対する支給と異なる点があれば「有」を選択し、以降の質問にご回答ください。

有　　　無→「22．その他」へ

**20．算定式（家族）**

※上記９と同様にご記入ください

**21．市町村医療費助成制度対象者に対する支給の有無（家族）**

有　　　無　　　その他

【その他】

**22．その他**

※組合の名称、住所等に変更（予定）等ありましたらご記入ください。