

重度心身障がい者医療費助成事務マニュアル

《 目 次 》

はじめに	.....	P.1
1 受給対象者	.....	P.1
2 受給者証の見方	.....	P.2
3 助成額	.....	P.3
4 助成方法	.....	P.3
5 現物給付の過誤返戻について	.....	P.5
6 現物給付の請求について	.....	P.6
7 「重度心身障がい者医療費請求書」記入の仕方	.....	P.7
8 「重度心身障がい者医療費連記式明細書」記入の仕方	.....	P.9
9 診療科コード一覧表	.....	P.11
10 「重度心身障がい者医療費助成金決定通知書」について	.....	P.11
11 「国民健康保険高額療養費支給申請書」について	.....	P.12

はじめに

「重度心身障がい者医療費助成制度」は、重度心身障害者の福祉の増進を図るために医療費の助成を行う制度です。

皆様のご協力により現物給付事務を行っておりますが、この事務取り扱いの一部を変更させていただきます。

以下をご参照のうえ、事務の取り扱いをお願いします。

変更点 （平成20年11月提出分から）

①現物給付事務の取り扱いを国保連合会へ一本化します。

- ・ 国保及び後期高齢分についても請求書等書類の提出先及び支払い事務は全て国保連合会となります。
- ・ 福島市への書類提出は必要ありません。

※平成20年10月15日（水）以降の福島市への書類提出は受付しません。

②現物給付の様式を統一し、受給者本人申請様式を廃止します。

- ・ 現物給付は全て連記式明細書及び請求書に統一します。
- ・ 受給者本人の助成申請書は不要です。

※ただし、国民健康保険加入者の1件21,000円以上については、「高額療養費支給申請書」を提出していただきます。

③受給者証に「平成20年10月から償還払い」の記載がある方は現物給付できません。

- ・ 65～74才の後期高齢者医療制度未加入の方は償還払いのみです。

1 受給対象者

障害者手帳・療育手帳を所持していても、重度医療の手続きをしていないと助成を受けられません。必ず「重度医療受給者証」の所持を確認してください。

＜参考：重度医療受給資格対象者＞

原則として福島市内に住所があり、医療保険各法による被保険者・組合員および被扶養者で、下記のいずれかに該当する方（生活保護法適用者・乳児医療受給者を除く）

- (1) 1級または2級の身体障害者手帳所持者
- (2) 3級内部障害（心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸もしくは免疫の機能障害に限る）の身体障害者手帳所持者
- (3) 療育手帳Aの所持者
- (4) 療育手帳Bの所持者であり、かつ身体障害者手帳の所持者
- (5) 1級の精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）所持者
- (6) 2級・3級の精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）所持者であり、かつ身体障害者手帳または療育手帳の所持者


2 受給者証の見方

項 目	注 意 点
①受給者番号	2桁—4桁で構成
②有効期間の始期	この日から重度医療の受給資格を有します。この日に達していない日の診療は重度医療助成対象になりません。
③有効期間の終期	終期の過ぎた受給者証は使用できません。
④備 考	<ul style="list-style-type: none"> 平成20年10月診療分から償還払の記載がある受給者は現物給付できません。 精神疾患による入院は助成対象外の記載がある受給者については精神疾患による入院が助成対象外となります。この受給者の入精神疾患以外の入院については、「精神障害者の入院に係る証明書」が必要です。

※受給者証は毎年7月末に更新されます。

ただし、65才になる受給者の有効期間は65才になる誕生日前日までとなっています。後期高齢者医療制度の加入を確認するための更新手続きを行います。

①

重度心身障がい者医療費受給者証			
受給者番号		01-1234	
受給者	氏 名	福島 太郎	性 別 男 女
	住 所	福島市〇〇字〇〇1-2 〇〇アパート123	
	生年月日	昭和〇〇年 12月 3日	
②	有効期間	平成20年8月1日から	
		平成21年7月31日まで	
③	発行機関名 および印	福島市長 	
	平成20年10月診療分より		
④	備 考	精神疾患による入院は 助成できません。	
	交付年月日	平成20年7月31日	

重度心身障がい者
医療費受給者証
交 付 通 知 書

福島市長

キ
リ
ト
リ
線

福島市重度心身障がい者医療費の助成に関する条例施行規則第5条第2項（受給者証の有効期間と更新）に基づき、「重度心身障がい者医療費受給者証」を左記のとおり交付いたします。お、有効期間の過ぎた受給者証については、もよりの支所は市役所地域福祉課地域福祉係の窓口へお返しください。

※医療機関等で診療を受ける場合は、必ずご持参ください。

福島市役所地域福祉課地域福祉係 電話 024-535-1111 内線 3521

3 助成額

①医療保険各法・その他医療に関する法令等の規定による一部負担金または費用徴収金に相当する額（介護保険に該当するものは対象外です）

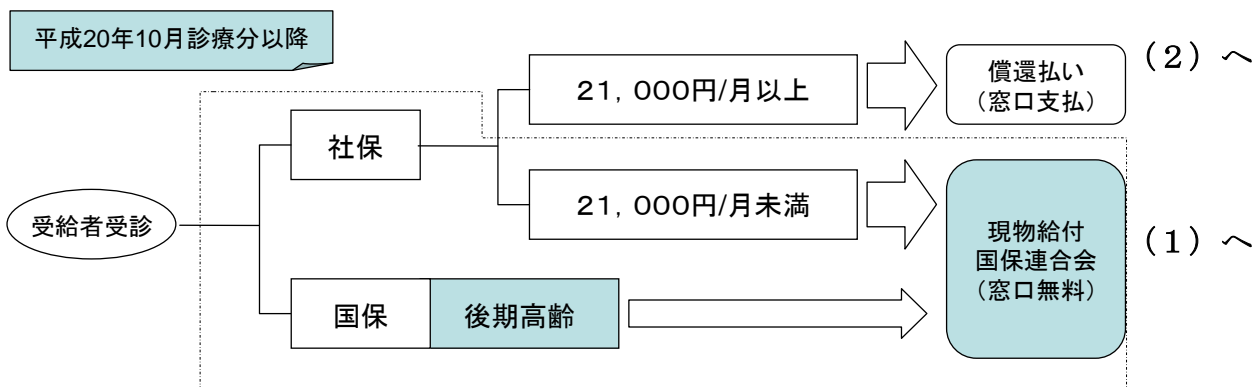
②精神障害の医療を受ける場合は、自立支援医療の一部負担金

※精神障害者保健福祉手帳により受給資格を取得された方（受給対象者（５）・（６）の方）の精神疾病による入院は助成対象外です。

4 助成方法

受給者の加入保険や、21,000円／月を超えているかどうかで、助成方法が変わります。

ただし、加入保険に関わらず受給者証に償還払の記載がある受給者は平成20年10月診療分から現物給付ができません。（65才～74才の後期高齢者医療制度未加入者）



①変更時期

国保連合会を通じての現物給付は平成20年11月提出分からの取扱となります。

平成20年11月提出分以降に月遅れの請求がある場合も国保連合会の取扱となります。

（国保及び後期高齢の福島市への代理受領申請は

平成20年10月福島市提出分で終了となります。）

②現物給付できないもの

- ・ 社保等の21,000円／月以上の請求
- ・ 受給者証に償還払の記載がある受給者の請求（平成20年10月診療分から）
- ・ 保険者が「福島県後期高齢者医療広域連合」以外の後期高齢者医療制度加入者

③現物給付できるが区分に注意すべきもの。

- ・ 建設国保、医師国保などの国保組合加入者は社保等の取扱となります。

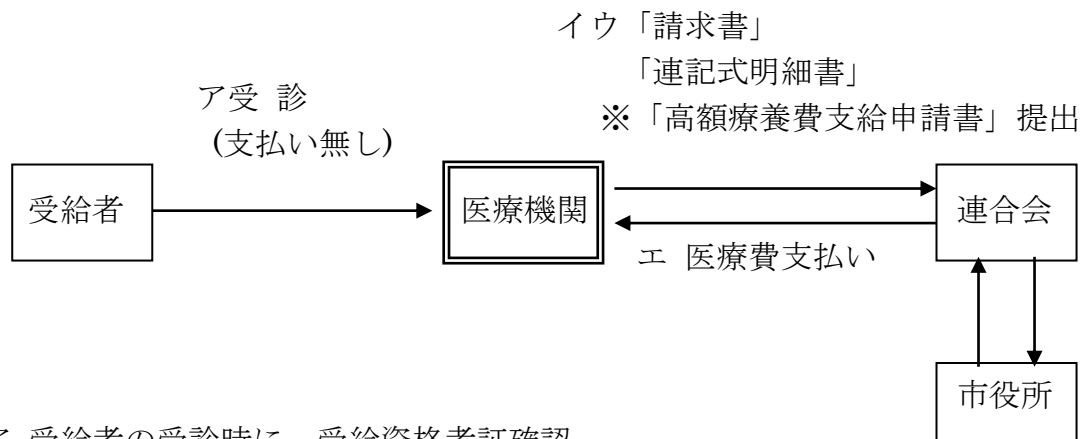
現物給付は21,000円／月未満までです。

(1) 現物給付 【国保連合会を通じた現物給付】

社会保険等加入者（21,000円／月未満の場合）
及び国民健康保険、後期高齢者医療制度加入者

国保は「福島市」が保険者のもの

後期高齢は「福島県後期高齢者医療広域連合」が保険者のもの



ア 受給者の受診時に、受給資格者証確認

イ 受給者の1ヶ月の医療費を算出し、明細書に記入

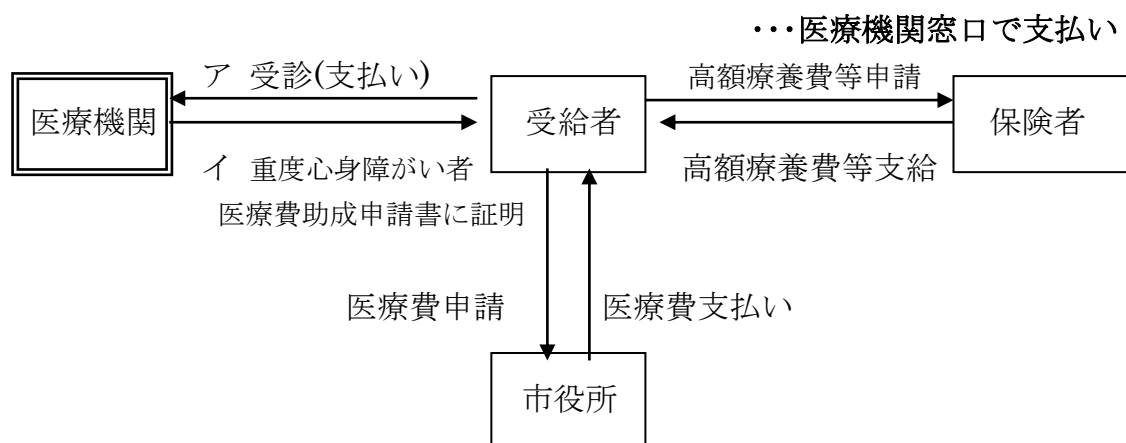
ウ 毎月10日までに「請求書」「連記式明細書」を国保連合会へ提出

※国保加入者の21,000円以上の請求の場合「高額療養費支給申請書」を添付

エ 翌月月末に国保連合会から支払い

(2) 償還払い【現物給付できない場合】

社会保険等加入者（21,000円／月以上の場合）
現物給付ができない受給者等



ア 受給者の受診時に、3割等の医療費を請求し、支払いを受ける。

イ 受給者が持参した重度心身障がい者医療費助成申請書に医療費を証明

㊤ 証明後の流れについて受給者へご指導願います。

(高額療養費等に該当する場合)

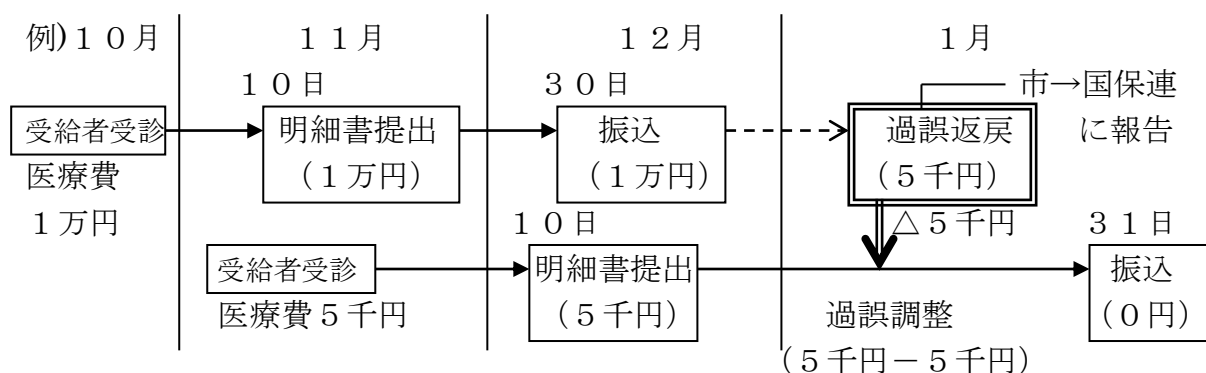
- ① 受給者が高額療養費等を保険者に申請し、高額療養費等を受領する。
- ② 市へ高額療養費決定通知書等を添付した助成申請書を提出
- ③ 市より受給者へ高額療養費等を控除して助成金振込

(高額療養費等に該当しない場合)

- ① 受給者は医療機関等の証明を受けた助成申請書を市へ提出
- ② 市より受給者へ助成金振込

5 現物給付の過誤返戻について

国保連合会からの支払…過誤返戻分も含めていったん支払いし、過誤返戻分は翌月の振込分と調整する。



※ 上記例で12月提出分が無ければ、過誤返戻分の△5千円は現金で国保連合会へ返還していただきます。

《注意事項》

請求金額の誤りは全て過誤返戻となります。

金額の誤りを調整した申請はできません。

例) 一部負担金を1割で請求したが、3割の誤りだった場合。

差額2割分の請求はできません。

1割分を医療機関等からの申し出により過誤返戻します。

正しい3割の金額で再請求してください。

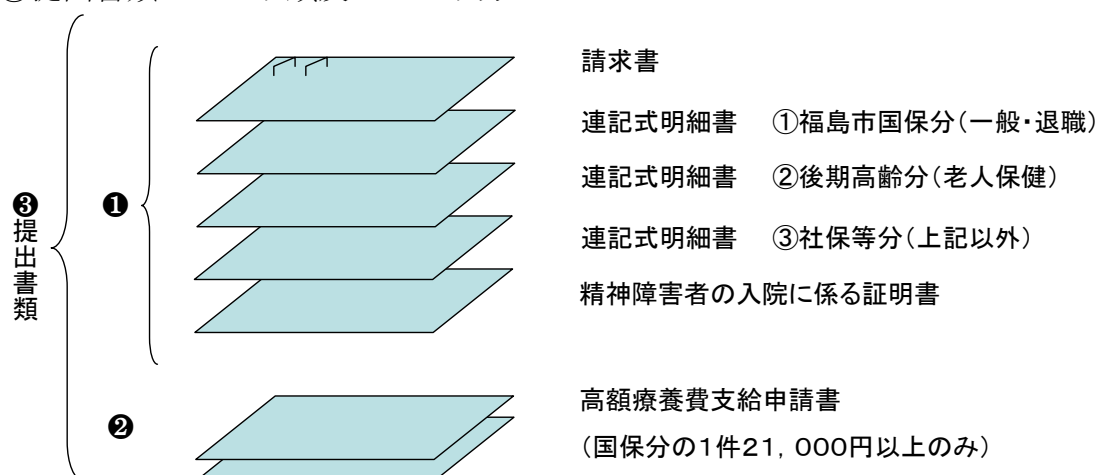
6 現物給付の請求について

①提出先 福島県国民健康保険団体連合会（毎月10日まで）

②提出書類

- ・請求書類 ー 請求書1枚、連記式明細書（加入保険ごとに分けて）
- ・送達書類 ー 「精神障害者の入院に係る証明書」
（精神障害者保健福祉手帳により受給資格を取得した受給者の精神疾病以外の入院分を請求する場合）
「国保高額療養費支給申請書」
（福島市国保の1件21,000円以上の請求がある場合）

③提出書類のつづり順及びつづり方



①ホチキス止め、厚い場合はダブルクリップ(ゼムクリップは不可)

②2枚以上の場合でも、ホチキス等でとめないで下さい

③ホチキス止め、厚い場合はダブルクリップ(ゼムクリップは不可)

※ ①、②がバラバラにならないようにしてください。

7 「重度心身障害者医療費請求書」記入の仕方

※「請求書」は1医療機関で月1枚提出とし、診療月ごとに分けないで下さい

- | | | |
|-----------------|---|------------------------|
| ①主な診療月 | 提出する明細書の主な診療月を記入（11月提出分は10月分）
※診療月ごとに請求書及び明細書を分けないで下さい。 | |
| ②医療機関コード | 医療機関コードを記入して下さい | |
| ③明細書枚数 | 提出する明細書の枚数を記入して下さい | } 加入保険ごとの【内訳】を記入してください |
| ④件数 | 提出する明細の全件数を記入して下さい | |
| ⑤総点数 | 提出する明細の総点数を記入して下さい | |
| ⑥請求額 | 提出する明細の総金額をそれぞれ記入して下さい | |
| ⑦国保高額療養費支給申請書 | 送達枚数を記入してください
※国民健康保険加入者の請求が1件21,000円以上の場合には必ず添付してください | |
| ⑧精神障害者の入院に係る証明書 | 送達枚数を記入してください
※受給者証に「精神疾病による入院は助成対象外」の記載がある受給者の精神疾病以外の入院分を請求する場合は必ず添付してください。〔精神障害者保健福祉手帳により受給資格を取得された方 1P対象者（5）・（6）〕 | |

※「重度心身障害者医療費請求書」は、明細書の枚数や件数の確認に利用します。
もし各明細書の合計金額と請求書の総金額が異なっている場合は、明細書の合計を優先しますので、どうぞご理解下さい。

《ご注意ください！》

1件の請求金額が21,000円を超える場合はご注意ください。

社会保険等の請求は21,000円を超えた場合は過誤返戻となります。

国保の場合は⑦「国保高額療養費支給申請書」の送達がない場合、過誤返戻となります。

令和 4 年 4 月 分 重度心身障がい者医療費請求書

福島市長

	市町村番号				県番号		医療機関コード							
	0	7	0	0	1	1	0	7	0	1	2	3	4	5	6

保険医療機関等の	福島市五老内町 3 番 1 号
所在地及び名称	福島市病院
電話番号	0 2 4 - 5 3 5 - 1 1 1 1
開設者氏名	福島 太郎

下記のとおり請求する。
令和 4 年 5 月 1 0 日

区分	③ 明細書枚数	④ 件数	⑤ 総点数	⑥ 請求額	送達書類	
合計	5 枚	5 5 件	2 7 5 , 0 0 0 点	4 2 5 , 0 0 0 円	一部負担金	国保高額療養費支給申請書
						精神障害者の入院に係る証明書
【内訳】					⑦	⑧
① 国保	1 枚	1 0 件	5 0 , 0 0 0 点	1 5 0 , 0 0 0 円	1 枚	枚
② 後期高齢	3 枚	4 0 件	2 0 0 , 0 0 0 点	2 0 0 , 0 0 0 円		枚
③ 社保等	1 枚	5 件	2 5 , 0 0 0 点	7 5 , 0 0 0 円		枚

※ご注意ください

- ① 国民健康保険分については、1 件 2 1 , 0 0 0 円以上の請求の場合には「高額療養費支給申請書」を必ず添付ください。
③ 社保等については、1 件 2 1 , 0 0 0 円以上の請求はできません。

8 「重度心身障がい者医療費[連記式]明細書」記入の仕方

《注意事項》

受給者番号、受給者カナ氏名、生年月日は正しく、大きくはっきり記入してください。

本人特定のキー項目ですので、誤り及び不明瞭な場合は過誤返戻となります。

- | | |
|------------------|--|
| ①主な診療月 | 提出する明細書の主な診療月を記入（11月提出分は10月分）
※診療月ごとに明細書を分けしないで下さい |
| ②加入保険 | 加入保険に☑を記入ください
※加入保険ごとに必ず用紙を分けて記入してください。
（1枚の明細書に加入保険が異なるものが混在しないようにしてください） |
| ③医療機関コード | 医療機関コードを記入して下さい |
| ④保険医療機関等の所在地及び名称 | 所在地及び名称、電話番号、開設者氏名を記入してください。
問い合わせの際の電話番号を必ず記入してください。 |
| ⑤明細書枚数 | 何枚目の明細書か記入して下さい |
| ⑥受給者番号 | 受給者証のとおりに入力して下さい（2P①の番号です）
受給者証を必ず確認してください。 |
| ⑦受給者カナ氏名 | <u>カタカナのみ大きくはっきり記入してください</u> |
| ⑧医療保険者番号 | 保険証に書いてあるコードを記入して下さい
<u>6桁、4桁の場合は右づめで</u> お願いします |
| ⑨診療年月 | 診療月を記入して下さい |
| ⑩診療日数 | 1ヶ月にかかった日数を記入して下さい（薬局は処方回数） |
| ⑪点数 | 1ヶ月の合計点数（訪問看護ステーションは10割の金額）を記入して下さい |
| ⑫一部負担金 | 受給者が本来負担する保険診療の一部負担金の額を記入して下さい |
| ①性別 | 男：1 女：2 を記入して下さい |
| ②生年月日 | 年号には 明治：1 大正：2 昭和：3 平成：4 を
年月日はそのままの数字を記入して下さい |
| ③本人・家族の別 | 保険証の被保険者本人：1・家族：2 を記入して下さい |
| ④診療科 | <u>総合病院のみ</u> 次ページ記入例に従って診療科をご記入下さい |
| ⑤入外 | 入院：1 外来：2 を記入して下さい |
| ⑥公費法別 | 公費が適用された場合は公費番号を必ず記入して下さい |
| ⑦(長) | 長期特定疾病適用の場合は1を記入して下さい |

パソコン等で作成する場合は、市所定のものと同一の様式をお願いします。

※薬局は、処方医療機関ごとに記入して下さい。（レセプト単位）

様式第4号の2(第6条関係)

福島市長

No 1 5

1 令和4年 4月分 重度心身障がい者医療費(連記式)明細書

保険医療機関等の所在地及び名称

福島市五老内町3番1号
福島市病院
開設者氏名 024-535-1111
福島 太郎2 国民健康保険
後期高齢
社保等いづれかに✓をつけてください。
※必ず用紙を分けて記入ください。

6 受給者証番号	7 受給者カナ氏名 (カナ氏名のみ記入)	※1 性別	※2 生年月日			8 医療保険者番号				9 診療年月		※4 診療 科	※5 入外	※6 公費 法別	※7 ⑬	10 診療 日数	11 点数	12 請求額		備
			年号	年	月日	0	7	0	0	1	1	0	7	0	1	2	3	4	5	6
01-1234	フクシマ ハナ	2	3	2	04	5	0	7	0	0	1	2	4	4	1	1	15000	10,000	円	
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		
—																	点	円		

<記載コードの説明>

① 性別：男→1 女→2

② 生年号：明治→1 大正→2 昭和→3 平成→4

③ 本・家：本人→1 家族→2

④ 診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載

⑤ 入外：入院→1 入院外→2

⑥ 公費法別：法別番号を記入

⑦ ⑬：該当→1 非該当→空白

9 診療科コード一覧表

0 1	内科	1 5	呼吸器外科	3 0	放射線科
0 2	精神科	1 6	心臓血管外科	3 1	麻酔科
0 3	神経科	1 7	小児外科	3 3	心療内科
0 4	神経内科	1 8	皮膚泌尿器科	3 4	アレルギー科
0 5	呼吸器科	1 9	皮膚科	3 5	リウマチ科
0 6	消化器科	2 0	泌尿器科	3 6	リハビリテーション科
0 7	胃腸科	2 1	性病科		
0 8	循環器科	2 2	こう門科		
0 9	小児科	2 3	産婦人科		
1 0	外科	2 4	産科		
1 1	整形外科	2 5	婦人科		
1 2	形成外科	2 6	眼科		
1 3	美容外科	2 7	耳鼻いんこう科		
1 4	脳神経外科	2 8	気管食道科		

10 「重度心身障がい者医療費助成金決定通知書」について

社会保険等加入者の医療費は国保連合会から振り込まれますが、助成金決定通知書は市役所共生社会推進課から送付します。

この決定通知書は

①当月給付決定額（先月分の過誤返戻分の調整がされていない金額）

②過誤返戻分（次の月の振込分で調整される金額）

を表しており、当月の通知の①から先月の通知の②を差し引いたものが、国保連合会からの振込金額となります。そのため過誤返戻があった場合には、国保連合会の振込額と決定通知書の金額に差異がありますが、ご了承下さい。

1 1 「国民健康保険高額療養費支給申請書」について

福島市の国民健康保険に加入している受給者の現物給付による助成分が高額医療費に該当した場合、高額療養費の払い戻し分については、福島市（共生社会推進課）が医療機関への支払いを行っていることから福島市（共生社会推進課）が本人に代わり受領することになります。

福島市（共生社会推進課）が国民健康保険特別会計から払い戻し分を受領するにあたり、受給者の申請と委任が必要となるため「国民健康保険高額療養費支給申請書」の提出をお願いします。

受給者の手続き負担軽減と現物給付の円滑な実施のためご協力をお願いします。

なお、従前の代理受領申請においては複写用紙により、全ての申請に添付していただいていたましたが、平成20年11月提出分以降は国民健康保険加入者の21,000円を超える請求を行う場合のみ添付していただくようお願いいたします。

《記入方法》

国民健康保険高額療養費支給申請書
(福島市重度心身障がい者医療費助成該当分)

平成 年 月 日

福島市長

受給者番号 12-3456

住所 福島市 五老内町1-1

受給者 氏名 福島 太郎

住所 福島市 五老内町1-1

世帯主 氏名 福島 一郎

(電話 535-1111)

福島市重度心身障がい者医療助成により助成を受けた一部負担金について、次のとおり申請します。

(平成20年10月診療分)

同月診療世帯合算

有・無

① 被保険者証 記号番号	島1 3747	② 療養を受けた 者の氏名	福島 太郎	昭和5年4月5日生
③ 被保険者区分	1 一般	2 退職者本人	3 退職者被扶養者	
④ 傷病名	診療報酬明細書のとおりに	傷病原因	1 第三者行為・労働災害等	2 その他
⑤ 病院・診療所 薬局等の名称 所在地	名 称 福島市病院	所 在 地	福島市 五老内町3-1	
⑥ ⑤の病院等で療 養を受けた期間	平成20年10月20日から 29日まで 10日間			
⑦ ⑥の区分	1 入院	2 外来	3 院外処方箋	
⑧ ⑥の期間中に病院等に支払った金額 (外来時の薬剤の一部負担金を含む。)	155,000 円			
備 考				

上記の者に係る高額療養費（福島市重度心身障がい者医療費助成該当分）の
受領に関する権限を代理人に委任します。

平成20年10月30日

世帯主 住 所 福島市 五老内町3-1

氏 名 福島 一郎

代理人 福島市長

福島