

郡山市重度心身障害者医療費制度

「自動償還払い」の実施について



郡山市保健福祉部障がい福祉課
郡山市保健福祉部保健所地域保健課

はじめに

～重度心身障害者医療費制度とは～

- 心身に重度の障がいがある方に医療費の助成をする制度です。
- 都道府県や市町村が実施しているもので、精神障害者保健福祉手帳の所持者が対象となっているかどうかは、自治体により異なります。

【内容】

- 心身に障がいがある方が保険証を使って病院等を受診した場合の自己負担金について助成します。

【対象と内容】

- お住まいの都道府県、市町村によって、対象となる障がいの程度や、助成の内容も異なっています。
- また、受給には所得の制限がある場合が多いようです。

郡山市の重度心身障害者医療費制度について

【根拠法令】

- ・郡山市重度心身障害者医療費の助成に関する条例
（昭和48年3月22日郡山市条例第9号）
- ・郡山市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則
（昭和48年9月29日郡山市規則第27号）

【制度の目的】

- ・重度心身障害者に対し医療費の一部を助成し、重度心身障害者の健康の保持を図り福祉を増進する。

郡山市重度心身障害者医療費制度対象者

身体障害者手帳	1・2級
	3級(内部障がいを有する場合)
療育手帳	A
	B かつ 身体障害者手帳の交付を受けた方
精神障害者 保健福祉手帳	1級
	2・3級 かつ 身体障害者手帳 又は 療育手帳の交付を受けた方

※ 精神障害者保健福祉手帳で該当の場合、精神入院は除く

※ 所得制限なし

郡山市重度心身障害者医療費 取扱い件数

	年 度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
身体・療育 (障がい福祉課)	件 数	124,619	129,954	131,120
	受給資格者(人)	6,850	6,836	6,793
精 神 (地域保健課)	件 数	4,489	4,491	4,812
	受給資格者(人)	206	203	220

重度心身障害者医療費助成交付申請書（身体障害者手帳・療育手帳用）

第3号様式 **重度心身障害者医療費助成金交付申請書** 101

郡山市長 平成 年 月 日

申請者 住所 郡山市
氏名
電話番号 ()

次のとおり、重度心身障害者医療費の助成を申請します。

受給資格者証番号	郡山第 号	フリガナ		男・女
保険証記号番号		受給者氏名		
		生年月日	明治 昭和 平成 年 月 日	

保険診療証明欄

※医療機関等記入欄
※該当しない項目は空欄にしてください。

受給資格者証番号	生年月日	1 明治 3 昭和 2 大正 4 平成	年 月 日
診療月	4 平成 4 年 月 分	診療実日数	日
入外区分	1 入院 2 入院外		
公費負担等	1 自立支援医療 2 その他の公費負担医療 3 特定疾病	4 特定疾病（付加給付） 5 高額医療費の現物給付 6 法人税法施行による減額	
診療科目	1 内科 2 歯科 3 調剤 4 その他		
診療科	1 内科 2 小児科 3 外科 4 小児外科 5 脳外科 6 皮膚科 7 泌尿器科 8 整形外科 9 眼科 10 耳鼻咽喉科 11 産婦人科 12 精神科 13 放射線科 14 リハビリ科 15 心療内科 16 呼吸器科 17 消化器科 18 神経内科 19 循環器科 20 血液内科 21 形成外科 22 心臓血管外科 23 リウマチ科 24 糖尿病科 25 透析科 26 その他		
保険診療合計点数			点
受領金額			円

上記のとおり証明する。

年 月 日

医療機関又は薬局

〒 医療機関コード

住所

名称

氏名

電話番号

手書き文字 見本 0123456789

高額療養費 円 修正用

重度心身障害者医療費受給資格者証

重度心身障害者医療費受給資格者証

記号 番号

郡 山

受給者氏名

男 女

年 月 日生

住所

郡山市

保護者氏名 続柄 男 女

有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

発行機関名及び印

福 島 県 郡 山 市 長

平成 年 月 日交付

(表)

注 意 事 項

- この証は、あなたが医療費の給付を受けることができる証ですから大切に保管してください。
- この証は、保険診療のみに適用されるので診療を受けるときは、保険証と一緒に医療機関等に提出してください。
- 医療費の給付を受けようとするときは、助成金交付申請書に医療機関から証明を受けて提出してください。
- 次の事由が生じたときは、必ず届けてください。
 - 氏名に変更があったとき。
 - 住所を変更したとき。
 - 加入保険に変更があったとき。
 - 振込金融機関口座を変更したとき。
- 受給の資格がなくなったときは、速やかに返還してください。
- 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方が精神障害による疾患で入院したときは、この受給資格者証は、使用できません。

(裏)

重度心身障害者医療費助成交付申請書（精神障害者保健福祉手帳用）

第3号様式 **重度心身障害者医療費助成交付申請書** 201

郡山市長 平成 年 月 日
 申請者 住所 郡山市
 氏名
 電話番号 ()

次のとおり、重度心身障害者医療費の助成を申請します。

受給資格者証番 号	郡山第 号	フリガナ 受給者氏名	男・女
保険証記号番号		生年月日 明治 昭和 大正 平成 年 月 日	

保 険 診 療 証 明 欄

※医療機関等記入欄
※該当しない項目は空欄にしてください。

受給資格者証番 号	生年月日	1 明治 3 昭和 2 大正 4 平成 年 月 日
診 療 月	4 平成 年 月 分	診療実日数 日
入 外 区 分	1 入 院 2 入 院 外	
公費負担等	1 自立支援医療 4 特定疾病（付加給付） 2 その他の公費負担医療 5 高額医療費の現物給付 3 特 定 疾 病 6 法人税法施行による減額	
診 療 科 目	1 医 科 2 歯 科 3 調 剤 4 その他	
診 療 科	1 内 科 6 皮 膚 科 11 産婦人科 16 呼吸器科 21 形成外科 26 その他 2 小 児 科 7 泌 尿 器 科 12 精 神 科 17 消化器科 22 心臓血管科 3 外 科 8 整 形 外 科 13 放 射 線 科 18 神 経 内 科 23 リウマチ科 4 小 児 外 科 9 眼 科 14 リハビリ科 19 循 環 器 科 24 糖 尿 科 5 脳 外 科 10 耳 鼻 咽 科 15 心 療 内 科 20 血 液 内 科 25 透 析 科	
保 険 診 療 合 計 点 数	点	
受 領 金 額	円	

上記のとおり証明する。

年 月 日 医療機関又は薬局

〒 医療機関コード 住 所
 ※接骨院等の場合は空欄にしてください。 名 称
 氏 名

手書き文字 見 本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

高額療養費 円 修正用

重度心身障害者医療費受給資格者証

重度心身障害者医療費受給資格者証

記号 番号
 郡 山
 受給者氏名
 年 月 日生
 住所
 保護者氏名 続柄
 有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
 発行機関名及び印
 福 島 県 郡 山 市 長
 平成 年 月 日交付

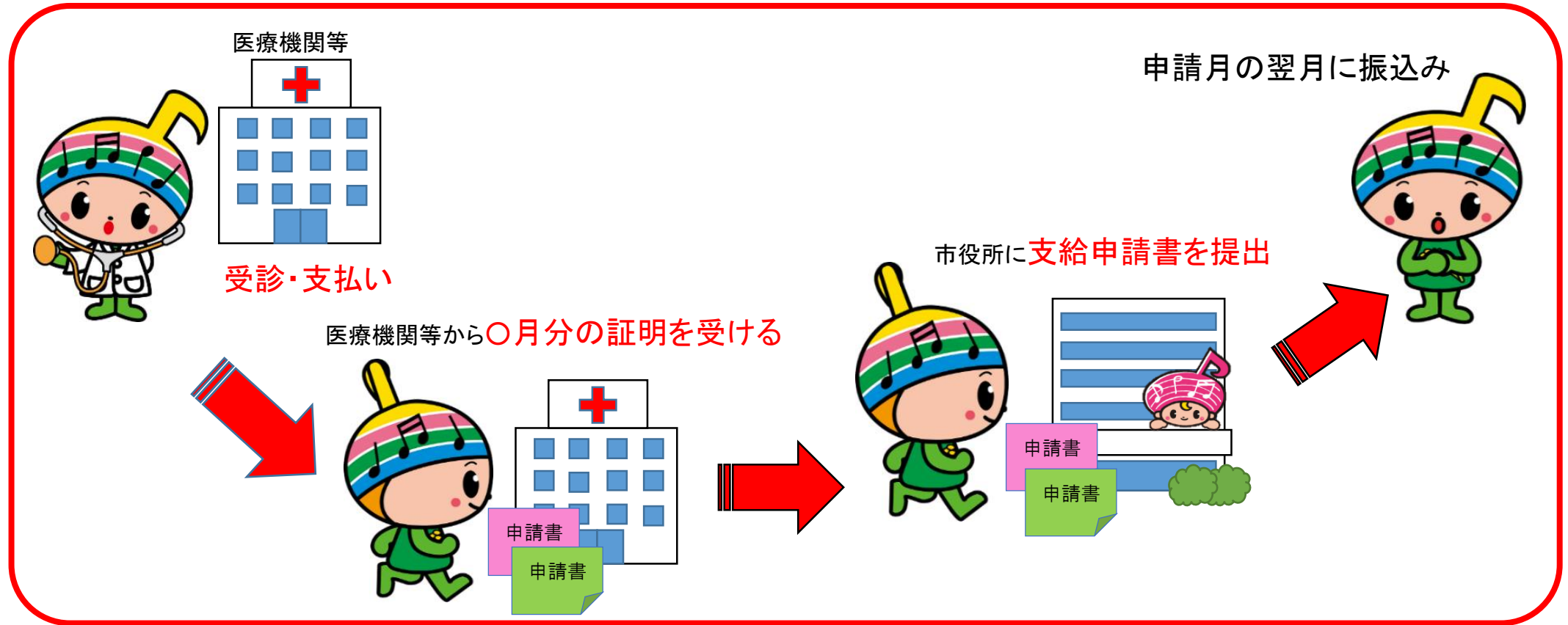
(表)

注 意 事 項

- この証は、あなたが医療費の給付を受けることができる証ですから大切に保管してください。
- この証は、保険診療のみに適用されるので診療を受けるときは、保険証と一緒に医療機関等に提出してください。
- 医療費の給付を受けようとするときは、助成金交付申請書に医療機関から証明を受けて提出してください。
- 次の事由が生じたときは、必ず届けてください。
 - 氏名に変更があったとき。
 - 住所を変更したとき。
 - 加入保険に変更があったとき。
 - 振込金融機関口座を変更したとき。
- 受給の資格がなくなったときは、速やかに返還してください。
- 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方が精神障害による疾患で入院したときは、この受給資格者証は、使用できません。

(裏)

「償還払い」による医療費助成の流れ【現行】



「償還払い」の現状

- 申請にかかる受給者の負担が大きい
(診療月の翌月、証明を受けるため医療機関等へ足を運び、さらに市窓口へ出向き申請書を提出)
- 受給者以外の方が市の窓口申請書を提出
- 数ヶ月、数年分まとめて提出
- 申請金額が少額だと申請書を提出しない
- ○月分の申請書は提出済みかどうかの問い合わせが多い

検討

- 受給者の負担軽減
- 医療機関等の対応状況
- 他自治体の状況

→ 『自動償還払い』の実施

(※現行の申請手続きに追加)

『自動償還払い』とは

- ① 医療機関等で受診の際に、窓口で「健康保険証」と「重度心身障害者医療費助成金受給資格者証」を提示し、医療保険診療の一部自己負担金を全額支払う
- ② 医療機関等からの情報提供(※後述)により、市は助成金の支給申請があったものとみなし、受給者の指定の口座に助成金を振り込む

「自動償還払い」による医療費助成の流れ



「償還払い」と「自動償還払い」

「償還払い」で手続きするもの

- ① 平成28年9月30日以前に受診された場合
- ② 受診の際、医療機関窓口「重度心身障害者医療費助成金受給資格者証」を提示しなかった場合
- ③ 「自動償還払い」の対応を行っていない市内の医療機関等を受診された場合
- ④ 市外の医療機関を受診された場合
- ⑤ 窓口の一部負担金が月額21,000円を超えた場合
(医療保険高額医療費合算対象となるため)

助成金の申請の方法が2通りになるということ

医療機関等における 自動償還払いの事務手続きの流れ

～平成28年10月診療分から実施～



自動償還払いの周知と実施時期

【周知】

- ・医療機関等への説明会(7月15日、7月20日、8月2日)
- ・受給者への周知(広報、市民課掲示板、市ウェブサイト、窓口でのチラシ配布、医療機関等でのポスター掲示)8月上旬から順次

【実施時期】

- ・平成28年10月診療分から実施(報告書の提出は11月から実施)

事務手続きの流れ


① 窓口で「健康保険証」と「受給資格者証」の確認




② 自己負担額の受領



③ ※重度医療費一部負担金支払報告書への記載
(月毎に作成)



④ 市窓口にも※重度医療費一部負担金支払報告書の提出



受給者に助成金が振り込まれる

① 郡山市重度心身障害者医療費助成制度の受給資格者であることを「受給資格者証」で確認

※更新のため、有効期間が平成28年10月1日から平成29年9月30日までの新しい受給者資格証が交付になります。(9月末に受給者宛に郵送で交付)

※窓口では必ず受給資格者証の確認をお願いします。

【保険証・受給資格者証】

国保・社保等の健康保険証と重度医療の受給資格証の確認をお願いします。

【有効期間の確認】

診療を受けようとする日が、受給資格証に記載されている資格対象期間内であるか、御確認ください。

② 国保・社保等による医療費自己負担分の窓口受領

【自己負担金の窓口受領】

今までと同様に、医療費の一部負担金については、窓口で受領します。

③ 窓口で受領した一部負担金等を
「重度医療費一部負担金支払報告書」に記入

【重度医療費一部負担金支払報告書】

月ごとの保険診療一部負担金については「支払報告書」と「報告明細書」に記入してください。(様式案参照)

① 報告書 + ② 報告明細書
いずれか選択

- ・手書き用
- ・印字用
- ・手書き,印字用

(案)

重度医療費一部負担金支払報告書

01

郡山市長

医療機関
コード

□□□□□□□□□□

年 月 日

医療機関等の所在地

名称

代表者(開設者)氏名

電話番号

印

診療科目

□

1医科 2歯科 3調剤 4その他

□□

年

□□

月分の重度心身障害者医療費一部負担金支払報告します。

報告件数

□□□□

件

報告金額

□□□□□□□□□□

明細書とあわせて
作成

手書き文字
見本

□□□□□□□□□□

(案)

重度医療費一部負担金支払報告明細書

医療機関コード	医療機関名	診療科目	請求年月	02
---------	-------	------	------	----

データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保種別	保険者番号	診療年月	診療科	入外	ⓧ
1									
	総点数	一部負担金	食事数	標準負担額	公費負担	備考	連番		

データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保種別	保険者番号	診療年月	診療科	入外	ⓧ
2									
	総点数	一部負担金	食事数	標準負担額	公費負担	備考	連番		

データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保種別	保険者番号	診療年月	診療科	入外	ⓧ
3									
	総点数	一部負担金	食事数	標準負担額	公費負担	備考	連番		

データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保種別	保険者番号	診療年月	診療科	入外	ⓧ
4									
	総点数	一部負担金	食事数	標準負担額	公費負担	備考	連番		

データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保種別	保険者番号	診療年月	診療科	入外	ⓧ
5									
	総点数	一部負担金	食事数	標準負担額	公費負担	備考	連番		

手書き用明細書

<記載>コード

- ①保種別 : 国保=1 協会=2 組合=3 船員=4 国組=5 共済=6 その他=7
- ②診療科 : 内科=01 小児科=02 外科=03 小児外科=0 脳外科=05 皮膚科=06 泌尿器科=07 整形外科=08 眼科=09 耳鼻科=10 婦人科=11 精神科=12 放射線科=13 その他=14
- ③入外 : 入院=1 入院外=記入しない
- ④ⓧ : 該当=1 非該当=記入しない 法人税法施行による減額有=3
- ⑤公費負担 : 有=1 無=記入しない
- ⑥データ区分 : 削除=1 修正=2 新規(追加)=記入しない 読み飛ばし=9 (連番は区分: 1、2のみ記入)

手書き文字	
見本	

(案)

重度医療費一部負担金支払報告明細書

医療機関コード 医療機関名 診療科目 請求年月

データ区分	氏名	生年月日	保種別	保険者番号	診療年月	診療科	入外	④	総点数	一部負担金	食事数	標準負担額	公費負担	備考	連番
1	受給資格者証番号														
2	受給資格者証番号														
3	受給資格者証番号														
4	受給資格者証番号														
5	受給資格者証番号														
6	受給資格者証番号														
7	受給資格者証番号														
8	受給資格者証番号														
9	受給資格者証番号														
10	受給資格者証番号														



<記載>コード ①保種別 : 国保=1 協会=2 組合=3 船員=4 国組=5 共済=6 その他=7
 ②診療科 : 内科=01 小児科=02 外科=03 小児外科=04 脳外科=05 皮膚科=06 泌尿器科=07 整形外科=08 眼科=09 耳鼻科=10 婦人科=11 精神科=12 放射線科=13 その他=14
 ③入外 : 入院=1 入院外=記入しない
 ④⑤ : 該当=1 非該当=記入しない 法人税法施行による減額有=3
 ⑥公費負担 : 有=1 無=記入しない
 ⑦データ区分 : 削除=1 修正=2 新規(追加)=記入しない 読み飛ばし=9 (連番は区分:1,2のみ記入)

手書き文字 見本

④「重度医療費一部負担金支払報告書」を 郡山市に提出

【重度医療費一部負担金支払報告書の提出】

月ごとの保険診療一部負担金について、「一部負担金支払明細報告書」に御記入のうえ、郡山市に提出をお願いいたします。

※診療月の翌月(20日頃を目安)に報告書の提出をお願いいたします。

※なお、報告書の提出がなされないと受給者への支払いが行えまませんので自動償還払いの対応が可能な場合は、忘れずに報告をお願いいたします。

一部負担金受領報告書の提出方法

① 窓口持参

市障がい福祉課、保健所地域保健課、各行政センター
各連絡所

② 郵送(障がい福祉課宛)

いずれかの方法を選択ください

自動償還対象外＝償還払いとなるもの

- ①平成28年9月30日以前に受診された場合
- ②受診の際、医療機関窓口「重度心身障害者医療費助成金受給資格者証」を提示しなかった場合
- ③「自動償還払方式」の対応を行っていない市内の医療機関等を受診された場合
- ④市外の医療機関を受診された場合
- ⑤窓口の一部負担金が月額21,000円を超えた場合
(医療保険高額医療費合算対象となるため)

申請書記入についてのお願い

- 受給資格者証の番号を確認してご記入ください。
- 生年月日の誤りが多いのでご注意ください。
- 診療実日数の記載がもれてしまう場合があるので忘れずにご記入ください。
- 金額の部分には保険診療分のみ記載をお願いいたします。
- 証明の印鑑がもれている場合がありますのでご注意ください。
(償還払いの場合は必ず押印が必要です)

報告書をOCRで読み込む際、間違いやすい数字

1 3 4 5 7

手書き文字見本を御確認ください。

重度心身障害者医療費助成制度

平成28年10月診療分より
『自動償還払い』を導入する
にあたり、医療機関等の
御協力をお願いいたします。