

郡山市重度心身障害者医療費助成  
（自動償還払い）  
事務取扱マニュアル  
【医療機関等用】

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



# 目次

---

I	重度心身障害者医療費助成制度の概要	2
II	「自動償還払い」における医療機関等の 事務手続きの流れについて	3
III	各種様式及び記入例について	4
IV	「報告書」の記入方法について	15
V	「明細書」の記入方法について	16
VI	医療機関向けQ & A	19
VII	自動償還払いに関する問い合わせ先等	23

# I 重度心身障害者医療費助成制度の概要

## (1) 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します。

## (2) 助成の対象者

身体障害者手帳	1・2級
	3級（内部障がい有する場合）
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

## (3) 助成内容

医療保険診療にかかる医療費一部負担金の償還を行います。

※精神障害者保健福祉手帳で該当の方は、精神入院分を除く。

※食事代、個室使用料や診断書作成料、容器代、予防接種代等を除く。

※高額療養費や附加給付金に該当になる場合には加入されている健康保険組合が助成するので該当分を除く。

※65～74歳の後期高齢者医療制度に加入していない方については、総医療費の1割までが助成対象

## Ⅱ 「自動償還払い」における医療機関等の 事務手続きの流れについて

### (1) 「健康保険証」と「受給資格者証」の確認

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窓口で確認してください。

### (2) 診療等に係る一部負担金の受領

受給資格者が受診した医療保険適用となる医療費一部負担金については、これまでと同様に窓口で受領してください。

### (3) 「報告書」及び「明細書」の作成及び提出

診療月毎に作成して、診療月の翌月 20 日頃までに、持参又は郵送で提出してください。

受給資格者への振込みは提出月の翌月末になります。

#### 【提出先】

#### ① 窓口持参

- ・郡山市保健福祉部障がい福祉課（本庁舎 1 階）
- ・郡山市保健福祉部保健所地域保健課（保健所 1 階）
- ・各行政センター・各連絡所

#### ② 郵送提出

〒963-8601（住所不要）

郡山市保健福祉部障がい福祉課 宛

### Ⅲ 各種様式及び記入例について

#### (1) 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助成制度の対象者は下記の受給資格者証の交付を受けています。

《台紙の色》   ピンク色： 身体・療育手帳で該当の方  
                   みどり色： 精神手帳で該当の方

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			郡山市長印
	郡 山 市 長			
	平成	年	月	日交付

82mm×127mm

**(2) 重度心身障害者医療費一部負担金支払報告書  
(身体・精神) 第4号様式の2**

支払明細書ごと作成してください。

受給資格者証がピンク色の方の報告は身体を○で囲んでください。

受給資格者証がみどり色の方の報告は精神を○で囲んでください。

様式、記入例は 6頁、7頁のとおり

**(3) 重度心身障害者医療費一部負担金支払明細書  
手書き用 第4号様式の3 (その1)**

手書きで記入する場合に使用してください。

様式、記入例は 8頁、9頁のとおり

**(4) 重度心身障害者医療費一部負担金支払明細書  
印字用 第4号様式の3 (その2)**

印字して記入する場合に使用してください。

備考欄以外手書きはできません。

様式、記入例は 10頁、11頁のとおり

**(5) 重度心身障害者医療費一部負担金支払明細書  
手書き・印字用 第4号様式の3 (その3)**

手書き・印字併用で使用する場合に使用してください。

手書きできる部分はデータ区分欄、受給資格者番号欄、備考欄のみ  
になります。

様式、記入例は 12頁、13頁のとおり

報告書

01

重度心身障害者医療費一部負担金支払報告書(身体・精神)

医 コ	機 ー	関 ド	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------	--------	--------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

年 月 日

郡山市長 様

医療機関等 住 所

名 称

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の支払について報告します。

報告件数

件

手 見	出 本	文 字	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
--------	--------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



# 【報告書】記入例

第4号様式の2(第5条の2関係)

どちらか該当する方を丸で囲んでください。  
 身体・精神毎に、報告書と明細書を作成してください。  
 身体：身体障害者手帳・療育手帳で該当の方分→ピンクの受給資格者証  
 精神：精神障害者保健福祉手帳で該当の方分 →緑の受給資格者証

## 重度心身障害者医療費一部負担金支払報告書 (身体・精神)

01

医療機関コードを9桁でご記入ください。  
 県コード2桁(福島県07)、医療機関コード7桁をご記入ください。

医療機関コード 071234567

郡山市長 様

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

医療機関等 住所 郡山市朝日一丁目〇番〇号

診療科目について該当する番号をご記入ください。

1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他 (はり・きゅう・あんま・訪問看護等)

診療科目

2

1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他

年

29

1

月分の重度心身障害者医療費一部負担金の支払について報告します。

報告件数

件

78

(別紙) 明細書で報告いただく件数を、  
 右詰でご記入ください。

ご報告いただく診療月について、ご記入ください。  
 診療年月毎に報告書とその明細書を作成してください。  
 診療年月の異なるものは、別に報告書と明細書を作成してください。  
 元号については記入不要です。一桁数の場合には右詰でご記入ください。  
 例) 平成28年10月→28と10を記入  
 平成29年 1月→29と1を記入

郡山印

# 手書き用

## 重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

02

第4号様式の3(その1)(第5条の2関係)

	医療機関コード	医療機関名	診療科目	報告年月					
1	データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療年月	診療科	人外
			受領金額						
			点						
			公費負担						
			円						
			診療実日数						
			点						
			備考						
2	データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療年月	診療科	人外
			受領金額						
			点						
			公費負担						
			円						
			診療実日数						
			点						
			備考						
3	データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療年月	診療科	人外
			受領金額						
			点						
			公費負担						
			円						
			診療実日数						
			点						
			備考						
4	データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療年月	診療科	人外
			受領金額						
			点						
			公費負担						
			円						
			診療実日数						
			点						
			備考						
5	データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療年月	診療科	人外
			受領金額						
			点						
			公費負担						
			円						
			診療実日数						
			点						
			備考						

(記載) コード  
 ① 組合 = 1 療合 = 2 ② 保 険 種 別 : 内科 = 01 小児科 = 02 外科 = 03 産科 = 04 婦人科 = 05 泌尿器科 = 06 皮膚科 = 07 泌尿器科 = 08 眼科 = 09 整形外科 = 10 泌尿器科 = 11 精神科 = 12 放射線科 = 13 リハビリ科 = 14 心療内科 = 15 呼吸器科 = 16  
 ② 診療科目 : 消化器科 = 17 泌尿器科 = 18 循環器科 = 19 血液内科 = 20 形成外科 = 21 心臓血管外科 = 22 リウマチ科 = 23 糖尿病科 = 24 泌尿器科 = 25 その他 = 26  
 ③ 入院 = 1 入院 = 1 入院 = 1  
 ④ 公費負担 : 自立支援医療 = 1 その他 = 2 特定疾病(付加給付) = 3 特定疾病(付加給付) = 4 高額療養費の現物給付 = 5 法人税法施行による減額 = 6  
 ⑤ チェック区分号 : 明治 = 1 大正 = 2 昭和 = 3 平成 = 4

手書き文字 見  
 0123456789

# 【手書き用】記入例

※手書き見本を参考に枠内にご記入ください。

手書き見本  
0123456789

- 1 医科
- 2 歯科
- 3 調剤
- 4 その他

報告月をご記入ください。  
平成=4  
29年3月=2903

医療機関コードを9桁でご記入ください。  
県コード2桁(福島07)、医療機関コード7桁をご記入ください。

## 重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

入院・入院外の別をご記入ください。  
入院=1  
入院外(外来・調剤等)=2

医療機関コード 071234567 医療機関名 00歯科医院

第4号様式の3(医療機関コード)の2(関係)

報告年月 242903

1 9 50123 安積 花子 3050607 1 070037 42901 2

受給資格者証番号 氏名 生年月日 保険者番号 保険種別 診療科目 診療年月

98765 点 35400 円 5 5 5

公費負担 診療実日数 診療実日数

記載誤等で削除の場合には、9(読み飛ばし)を記入してください。

保険点数合計点数をご記入ください。

受領金額をご記入ください。  
保険点数合計から計算された金額ではなく、実際に保険診療分として窓口で受領した金額の一月の合計をご記入ください。  
報告月分以外の金額調整があった場合にはその分は含めないでください。

診療年月毎に報告書と報告明細書を作成してください。  
診療年月の異なるものは、別に報告書と明細書を作成してください。

診療料をご記入ください。(2桁)  
※診療科目が 1 医科の場合のみ記入してください。  
※診療科目が 2 歯科 3 調剤 4 その他 の場合には記入不要です。

連絡事項がありましたら、ご記入ください  
点数計算のない場合(はりきゅう・訪問看護等)の場合には、保険診療合計点数欄は記入せず、医療費の総額を備考欄にご記入ください。

医療費総額 54,321円

3 4

印字用

重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

第4号様式の3(その2)(第5条の2関係)

医療機関  
コード

医療機関名

診療科目

報告年月

03

1	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
2	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
3	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
4	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
5	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
6	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
7	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
8	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
9	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
10	データ区分	氏名	生年月日	性別	保険者番号	診療年月	診療科	人	外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考

(記載)コード

- ① 療養費：内服薬 = 1 小児科 = 01 小児外科 = 02 泌尿器科 = 03 皮膚科 = 04 整形外科 = 05 泌尿器科 = 06 泌尿器科 = 07 泌尿器科 = 08 泌尿器科 = 09 泌尿器科 = 10 泌尿器科 = 11 泌尿器科 = 12 泌尿器科 = 13 泌尿器科 = 14 泌尿器科 = 15 泌尿器科 = 16
- ② 療養費：入院費 = 01 入院費 = 02 入院費 = 03 入院費 = 04 入院費 = 05 入院費 = 06 入院費 = 07 入院費 = 08 入院費 = 09 入院費 = 10 入院費 = 11 入院費 = 12 入院費 = 13 入院費 = 14 入院費 = 15 入院費 = 16
- ③ 療養費：手術費 = 01 手術費 = 02 手術費 = 03 手術費 = 04 手術費 = 05 手術費 = 06 手術費 = 07 手術費 = 08 手術費 = 09 手術費 = 10 手術費 = 11 手術費 = 12 手術費 = 13 手術費 = 14 手術費 = 15 手術費 = 16
- ④ 療養費：検査費 = 01 検査費 = 02 検査費 = 03 検査費 = 04 検査費 = 05 検査費 = 06 検査費 = 07 検査費 = 08 検査費 = 09 検査費 = 10 検査費 = 11 検査費 = 12 検査費 = 13 検査費 = 14 検査費 = 15 検査費 = 16
- ⑤ 療養費：処方薬費 = 01 処方薬費 = 02 処方薬費 = 03 処方薬費 = 04 処方薬費 = 05 処方薬費 = 06 処方薬費 = 07 処方薬費 = 08 処方薬費 = 09 処方薬費 = 10 処方薬費 = 11 処方薬費 = 12 処方薬費 = 13 処方薬費 = 14 処方薬費 = 15 処方薬費 = 16
- ⑥ 療養費：その他 = 01 その他 = 02 その他 = 03 その他 = 04 その他 = 05 その他 = 06 その他 = 07 その他 = 08 その他 = 09 その他 = 10 その他 = 11 その他 = 12 その他 = 13 その他 = 14 その他 = 15 その他 = 16

手書き文字 本 0123456789

# 【印字用】記入例

※指定フォントで印字してください。

医療機関コードを9桁でご記入ください。

県コード2桁(福島県07)、医療機関コード7桁をご記入ください。

報告月をご記入ください。

平成=4

29年3月=2903

フォント : OCRB  
文字サイズ : 12pt

## 重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

第4号様式の3(その2)(第5条の2関係)

医療機関コード 071234567

医療機関名 ○○病院

診療科目 1

報告年月 42902

1	アーク区分 9	受給資格者証番号 1234	氏名 安積 花子	生年月日 3010203	保険者番号 070037	診療年月 42901	診療科 01	人外 1	保険診療合計点数 987654	受領金額 10000	公費負担 3	診療実日数 21	備考
2	アーク区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険者番号	診療年月	診療科	人外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
6	アーク区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険者番号	診療年月	診療科	人外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考 医療費総額54,321円
7	アーク区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険者番号	診療年月	診療科	人外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考
8	アーク区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険者番号	診療年月	診療科	人外	保険診療合計点数	受領金額	公費負担	診療実日数	備考

診療年月毎に報告書と報告明細書を作成してください。  
診療年月の異なるものは、別に報告書と明細書を作成してください。

記載誤等で削除の場合には、9(読み飛ばし)を記入してください。(手書き可)

入院・入院外の別をご記入ください。  
入院=1  
入院外(外来・調剤等)=2

受領金額をご記入ください。  
保険点数合計から計算された金額ではなく、実際に保険診療分として窓口で受領した金額の一月の合計をご記入ください。  
報告月分以外での金額調整があった場合にはその分は含めないでください。

診療科をご記入ください。(2桁)  
※診療科目が1医科の場合のみ記入してください。  
※診療科目が2歯科 3調剤 4その他の場合には記入不要です。

連絡事項がありましたら、ご記入ください。  
点数計算のない場合(はりぎゅう・訪問看護等)の場合には、保険診療合計点数欄は記入せず、医療費の総額を備考欄にご記入ください。

手書き・印字用

第4号様式の3(その3)(第5条の2関係)

重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

04

医療機関コード  医療機関名  診療科目  報告年月

1	<p>ア-ア区分 <input type="checkbox"/></p> <p>受給資格者証番号 <input type="text"/></p> <p>氏名 <input type="text"/></p> <p>生年月日 <input type="text"/></p> <p>保険者番号 <input type="text"/></p> <p>診療年月 <input type="text"/></p> <p>診療科目 <input type="text"/></p> <p>人外 <input type="checkbox"/></p> <p>受領金額 <input type="text"/></p> <p>公費負担 <input type="text"/></p> <p>保険診療合計点数 <input type="text"/></p> <p>診療実日数 <input type="text"/></p>
2	<p>ア-ア区分 <input type="checkbox"/></p> <p>受給資格者証番号 <input type="text"/></p> <p>氏名 <input type="text"/></p> <p>生年月日 <input type="text"/></p> <p>保険者番号 <input type="text"/></p> <p>診療年月 <input type="text"/></p> <p>診療科目 <input type="text"/></p> <p>人外 <input type="checkbox"/></p> <p>受領金額 <input type="text"/></p> <p>公費負担 <input type="text"/></p> <p>保険診療合計点数 <input type="text"/></p> <p>診療実日数 <input type="text"/></p>
3	<p>ア-ア区分 <input type="checkbox"/></p> <p>受給資格者証番号 <input type="text"/></p> <p>氏名 <input type="text"/></p> <p>生年月日 <input type="text"/></p> <p>保険者番号 <input type="text"/></p> <p>診療年月 <input type="text"/></p> <p>診療科目 <input type="text"/></p> <p>人外 <input type="checkbox"/></p> <p>受領金額 <input type="text"/></p> <p>公費負担 <input type="text"/></p> <p>保険診療合計点数 <input type="text"/></p> <p>診療実日数 <input type="text"/></p>
4	<p>ア-ア区分 <input type="checkbox"/></p> <p>受給資格者証番号 <input type="text"/></p> <p>氏名 <input type="text"/></p> <p>生年月日 <input type="text"/></p> <p>保険者番号 <input type="text"/></p> <p>診療年月 <input type="text"/></p> <p>診療科目 <input type="text"/></p> <p>人外 <input type="checkbox"/></p> <p>受領金額 <input type="text"/></p> <p>公費負担 <input type="text"/></p> <p>保険診療合計点数 <input type="text"/></p> <p>診療実日数 <input type="text"/></p>
5	<p>ア-ア区分 <input type="checkbox"/></p> <p>受給資格者証番号 <input type="text"/></p> <p>氏名 <input type="text"/></p> <p>生年月日 <input type="text"/></p> <p>保険者番号 <input type="text"/></p> <p>診療年月 <input type="text"/></p> <p>診療科目 <input type="text"/></p> <p>人外 <input type="checkbox"/></p> <p>受領金額 <input type="text"/></p> <p>公費負担 <input type="text"/></p> <p>保険診療合計点数 <input type="text"/></p> <p>診療実日数 <input type="text"/></p>

(記載)コード

- ① 国保 = 1 組合 = 2 船員 = 4 四組 = 5 共済 = 6 後期高齢 = 7 その他 = 8
- ② 保険別 = 01 内科 = 02 外科 = 03 小児外科 = 04 泌尿器科 = 05 皮膚科 = 06 整形外科 = 08 眼科 = 09 耳鼻咽喉科 = 10 産婦人科 = 11 精神科 = 12 放射線科 = 13 リハビリ科 = 14 心療内科 = 15 呼吸器科 = 16
- ③ 診療科 = 17 神経内科 = 18 循環器科 = 19 血液内科 = 20 形成外科 = 21 心臓血管外科 = 22 リウマチ科 = 23 糖尿病科 = 24 透析科 = 25 その他 = 26
- ④ 入院 = 1 入院外 = 2
- ⑤ 自立支援医療 = 1 その他の公費負担医療 = 2 特定疾病(付加給付) = 4 高額療養費の現物給付 = 5 法人税法施行による減額 = 6
- ⑥ 子-ア区分 = 9 飛び出し = 9
- ⑦ 公費負担 = 1 大正 = 2 昭和 = 3 平成 = 4
- ⑧ 元

手書き文字 0123456789 兄

〈 注 意 〉

【手書・印字用】記入例

※手書き部分はデータ区分欄と受給資格者番号欄のみになります。それ以外の欄については手書きはできませんので、指定フォントで印字してください。

フォント : OCRB  
文字サイズ : 12pt

報告月をご記入ください。  
平成=4  
29年3月=2903

医療機関コードを9桁でご記入ください。  
県コード2桁(福島県07)、医療機関コード7桁をご記入ください。

第4号様式(関係) 重度心身障害者医療費一部負担金支払報告書

入院・入院外の別をご記入ください。  
入院=1  
入院外(外来・調剤等)=2

医療機関名 ○○病院  
医療機関コード 071234567  
診療科目 1  
報告年月 42902

データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療年月	診療科	入院
	1123456	安積 花子	3010203	1	070037	42901	02	2
	7654	受領金額	診療支払回数	公費負担	備考			
	9	2000	2	1				
データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療年月	診療科	入院
データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療年月	診療科	入院

診療料をご記入ください。(2桁)  
※診療科目が1医科の場合のみ記入してください。  
※診療科目が2歯科3調剤4その他の場合には記入不要です。

診療年月毎に報告書と報告明細書を作成してください。  
診療年月の異なるものは、別に報告書と明細書を作成してください。

受領金額をご記入ください。  
保険点数合計から計算された金額ではなく、実際に保険診療分として窓口で受領した金額の一月の合計をご記入ください。  
報告月分以外での金額調整があった場合にはその分は含めないでください。

記載誤等で削除の場合には、9(読み飛ばし)を記入してください。(手書き可)

連絡事項がありませんら、ご記入ください。  
点数計算のない場合(はりきゅう・訪問看護等)の場合には、保険診療合計点数欄は記入せず、医療費の総額を備考欄にご記入ください。

医療費総額 54,321円

(例) 手書き用

重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

02

第4号様式の3(その1)(第5条の2関係)

医療機関コード 071234567		医療機関名 〇〇病院		診療科目 1		報告年月 42811		診療年月 42810		診療科 05		入外 1	
1	受給資格者証番号 10	氏名 〇〇〇〇	生年月日 1451231	保険種別 7	保険者番号 39072038	診療日数 07	備考	診療年月 42810	診療科 05	入外 1			
	保険診療合計点数 35080	受領金額 点	公費負担 5	診療日数 07									
2	受給資格者証番号 10	氏名 〇〇〇〇	生年月日 1451231	保険種別 7	保険者番号 39072038	診療日数 4	備考	診療年月 42810	診療科 01	入外 2			
	保険診療合計点数 1526	受領金額 点	公費負担	診療日数 4									
3	受給資格者証番号 100	氏名 △△△△	生年月日 4010101	保険種別 1	保険者番号 070037	診療日数 3	備考	診療年月 42810	診療科 06	入外 2			
	保険診療合計点数 2981	受領金額 点	公費負担	診療日数 3									
4	受給資格者証番号 1000	氏名 □□□□	生年月日 3641129	保険種別 2	保険者番号 01070010	診療日数 15	備考 9月診療分記載のための削除	診療年月 42809	診療科 25	入外 2			
	保険診療合計点数 46875	受領金額 点	公費負担 3	診療日数 15									
5	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険種別	保険者番号	診療日数	備考	診療年月	診療科	入外			
	保険診療合計点数	受領金額 点	公費負担	診療日数									

(記載)コード

- ① 保険種別: 国保=1 協会=2 組合=3 総賃=4 国組=5 共済=6 後期高齢=7 その他=8
  - ② 診療科: 内科=01 小児科=02 外科=03 小児外科=04 産科=05 皮膚科=06 泌尿器科=07 整形外科=08 眼科=09 耳鼻咽喉科=10 産婦人科=11 精神科=12 放射線科=13 リハビリ科=14 心療内科=15 呼吸器科=16
  - ③ 入院区分: 消化器科=17 神経科=18 循環器科=19 血液内科=20 形成外科=21 心臓血管外科=22 リウマチ科=23 泌尿器科=24 産科=25 その他=26
  - ④ 入外: 入院=1 入院外=2
  - ⑤ 支払区分: 自立=1 介護=2 1-1 その他の公費負担医療=2 特定疾病(附加給付)=4 高額医療費の現物給付=5 法人税法施行による減額=6
  - ⑥ 元: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 手書き文字 0123456789



# IV 「報告書」の記入方法について

- ① (身体・精神) について、該当する方を丸で囲んでください。  
 身体：身体障害者手帳・療育手帳で該当の方分→ピンクの受給資格者証  
 精神：精神障害者保健福祉手帳で該当の方分 →緑の受給資格者証
- ② 医療機関コードを9桁で記入してください。  
 県コード2桁(福島県07)、医療機関コード7桁を記入してください。
- ③ 提出年月日を記入してください
- ④ 住所・医療機関等名称・代表者氏名・連絡先電話番号をご記入の上、押印をお願いします
- ⑤ 診療科目について該当する番号を記入してください。  
 1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他(はり・きゅう・あんま・訪問看護等)
- ⑥ ご報告いただく診療月について、記入してください。  
 元号については記入不要です。例) 平成28年10月→28と10の記入
- ⑦ (別紙) 明細書で報告いただく件数を記入してください。

第4号様式の2(第5条の2関係)

01

## 重度心身障害者医療費一部負担金支払報告書 (身体<sup>①</sup>・精神)

郡山市長 様

② 医療機関コード

③ 年 月 日

医療機関等 住所  
 名称  
 氏名  
 電話番号

④

印

⑤ 診療科目  1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他

⑥  年  月分の重度心身障害者医療費一部負担金の支払について報告します。

⑦ 報告件数  件

〒0123456789

## V 「明細書」の記入方法について

---

- ① 医療機関コードを記入してください。(9桁)(報告書様式と同じ)  
県コード2桁(福島県07)、医療機関コード7桁を記入してください。
- ② 医療機関等名称を記入してください。
- ③ 診療科目について該当する番号を記入してください。(報告書様式と同じ)  
1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他(はり・きゅう・あんま・訪問看護等)
- ④ ご報告いただく報告月について、記入してください。(5桁)  
元号の番号 明治=1 大正=2 昭和=3 平成=4  
例) 平成29年1月 → 42901 と記入
- ⑤ データ区分  
記載誤等で削除希望の場合には、9(読み飛ばし)を記入してください。
- ⑥ 受給資格者証番号を記入してください。  
受給資格者重度心身障害者医療費助成受給資格者証の受給資格者番号(数字のみ)を記入してください。
- ⑦ 受給資格者氏名を記入してください。
- ⑧ 生年月日を和暦で記入してください。(7桁)  
元号の番号 明治=1 大正=2 昭和=3 平成=4  
例) 昭和5年1月10日 → 3050110
- ⑨ 受給資格者が加入している医療保険証種別の番号を記入してください。  
国民健康保険=1 協会けんぽ保険=2 健康保険組合=3  
船員保険=4 国民健康保険組合=5 共済組合保険=6  
後期高齢者医療保険=7 その他=8
- ⑩ 受給資格者が加入している医療保険証の保険者番号を記入してください。  
例) 郡山市国民健康保険 070037
- ⑪ 診療年月を和暦で記入してください。(5桁)  
元号の番号 明治=1 大正=2 昭和=3 平成=4  
例) 平成29年1月 → 42901
- ⑫ 診療科を記入してください。(2桁)  
※③の診療科目が 1 医科の場合のみ記入してください。  
※③の診療科目が 2 歯科 3 調剤 4 その他 の場合には記入不要です。  
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 耳鼻咽喉科=10  
産婦人科=11 精神科=12 放射線科=13 リハビリ科=14  
心療内科=15 呼吸器科=16 消化器科=17 神経内科=18

循環器科=19 血液内科=20 形成外科=21 心臓血管外科=22

リウマチ科=23 糖尿科=24 透析科=25 その他=26

⑬ 入院・入院外の別をご記入ください。

入院=1 入院外(外来・調剤等)=2

⑭ 保険点数合計点数を記入してください。

⑮ 受領金額をご記入ください。

保険点数合計から計算された金額ではなく、実際に保険診療分として窓口で受領した金額の一月の合計を記入してください。

報告月分以外での金額調整があった場合にはその分は含めないでください。

⑯ 重度心身障害者療費助成制度のほかに、公費負担がある方については、該当する番号を記入してください。

自立支援医療=1 その他の公費負担医療=2 特定疾病=3

特定疾病(付加給付)=4 高額療養費の現物給付=5

法人税法施行による減額=6

⑰ 診療実日数を記入してください。

⑱ 備考欄については、何か連絡事項等がありましたら記入してください。

手書き用

第4号様式の3(その1)(第5条の2関係)

重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

02

医療機関コード	医療機関名	診療科目	報告年月
①	②	③	④

データ区分	受給資格者証番号	氏名	生年月日	保険別	保険者番号	診療年月	診療科	入外	
1	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
	⑭	⑮	⑯	⑰		⑱			
2									
3									
4									
5									

(記載) コード

① 療養 ② 療養 ③ 療養 ④ 療養 ⑤ 療養 ⑥ 療養 ⑦ 療養 ⑧ 療養 ⑨ 療養 ⑩ 療養 ⑪ 療養 ⑫ 療養 ⑬ 療養 ⑭ 療養 ⑮ 療養 ⑯ 療養 ⑰ 療養 ⑱ 療養  
 ① 療養 ② 療養 ③ 療養 ④ 療養 ⑤ 療養 ⑥ 療養 ⑦ 療養 ⑧ 療養 ⑨ 療養 ⑩ 療養 ⑪ 療養 ⑫ 療養 ⑬ 療養 ⑭ 療養 ⑮ 療養 ⑯ 療養 ⑰ 療養 ⑱ 療養  
 ① 療養 ② 療養 ③ 療養 ④ 療養 ⑤ 療養 ⑥ 療養 ⑦ 療養 ⑧ 療養 ⑨ 療養 ⑩ 療養 ⑪ 療養 ⑫ 療養 ⑬ 療養 ⑭ 療養 ⑮ 療養 ⑯ 療養 ⑰ 療養 ⑱ 療養  
 ① 療養 ② 療養 ③ 療養 ④ 療養 ⑤ 療養 ⑥ 療養 ⑦ 療養 ⑧ 療養 ⑨ 療養 ⑩ 療養 ⑪ 療養 ⑫ 療養 ⑬ 療養 ⑭ 療養 ⑮ 療養 ⑯ 療養 ⑰ 療養 ⑱ 療養

手書き文字 見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

印字用

第4号様式の3(その2)(第5条の2関係)

重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

医療機関コード ① 医療機関名 ② 診療科目 ③ 報告年月 ④

03

Table with 10 rows for medical fee details. Columns include: データ区分, 受給資格者証番号, 氏名, 生年月日, 保険種別, 保険者番号, 診療年月, 診療科目, 人外, 保険診療合計点数, 受領金額, 公費負担, 診療費日数, 備考.

(記載) コード

- ① 医療機関: 内科=1, 総合=2, 産科=3, 小児科=4, 眼科=5, 皮膚科=6, 泌尿器科=7, その他=8, 外科=9, 小児外科=10, 整形外科=11, 皮膚科=12, 泌尿器科=13, リハビリ科=14, 心療内科=15, 呼吸器科=16, 消化器科=17, 神経内科=18, 循環器科=19, 血液内科=20, 形成外科=21, 心臓血管外科=22, リウマチ科=23, 泌尿器科=24, 透視科=25, その他=26, 入院=1, 入院外=2, 自立支援医療=1, その他の公費負担医療=2, 特定医療=3, 特定医療(附加給付)=4, 高額療養費の現物給付=5, 法人税法施行による減額=6, 公費負担区分: 自立支援=1, 明治=1, 大正=2, 昭和=3, 平成=4

手書き文字 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

手書き・印字用

第4号様式の3(その3)(第5条の2関係)

重度心身障害者医療費一部負担金支払報告明細書

04

医療機関コード ① 医療機関名 ② 診療科目 ③ 報告年月 ④

Table with 5 rows for medical fee details. Columns include: データ区分, 受給資格者証番号, 氏名, 生年月日, 保険種別, 保険者番号, 診療年月, 診療科目, 人外, 保険診療合計点数, 受領金額, 公費負担, 診療費日数, 備考.

(記載) コード

- ① 医療機関: 内科=1, 総合=2, 産科=3, 小児科=4, 眼科=5, 皮膚科=6, 泌尿器科=7, その他=8, 外科=9, 小児外科=10, 整形外科=11, 皮膚科=12, 泌尿器科=13, リハビリ科=14, 心療内科=15, 呼吸器科=16, 消化器科=17, 神経内科=18, 循環器科=19, 血液内科=20, 形成外科=21, 心臓血管外科=22, リウマチ科=23, 泌尿器科=24, 透視科=25, その他=26, 入院=1, 入院外=2, 自立支援医療=1, その他の公費負担医療=2, 特定医療=3, 特定医療(附加給付)=4, 高額療養費の現物給付=5, 法人税法施行による減額=6, 公費負担区分: 自立支援=1, 明治=1, 大正=2, 昭和=3, 平成=4

手書き文字 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

## VI 医療機関向け Q & A

---

### 1. 受給資格者証の確認について

Q1. 医療機関等窓口で受給資格者証を提示した場合、自己負担額の支払いはなくなるのですか。

A1. 自動償還払いは、支払った後の払い戻しの手続きを簡素化するためのものです。医療機関等窓口での支払いは必要となります。

Q2. 受診時には受給資格者証の提示が原則となっていますが、提示がない場合は自動償還払いの取扱対象外としてよいのですか。

A2. 受給資格者証の提示がなく受給資格の確認が取れない場合は、原則自動償還払いの取扱対象外となります。ただし、後日受給者から受給資格者証の提示があり自動償還払いの申し出があった場合には、自動償還払いの対象にしてください。  
(遡って報告いただくこととなりますが、報告年月日の記載の間違いには、ご注意ください。)

### 2. 一部負担金支払報告書・明細書の記入方法について

Q3. 一部負担金支払報告明細書は、一人につき月一行になるのですか。

A3. 入院、入院外別、また、同月に保険証の変更があった場合には、各加入保険別に記入してください。

Q4. 一部負担金支払報告明細書に誤って記載してしまいました。備考欄に訂正内容を記入すれば大丈夫ですか。

A4. 備考欄に記載いただいてもデータは修正されません。  
一部負担金支払報告明細書のデータ区分欄に「9」を記入し、別の行に正しい内容で再度記入してください。

Q5.備考欄には、どのようなことを記入すればいいのですか。

A5.はりきゅうマッサージや訪問看護等で保険診療点数がない場合には、保険診療合計点数欄は空欄として、総医療費を備考欄に記入してください。  
また、外国籍の方等で文字数が多く氏名欄に記載しきれない場合や、印字した場合に文字ばけしてしまった場合などに使用してください。

Q6.公費負担医療制度の受給者についても、報告が必要ですか。

A6.自立支援医療（更生医療・精神通院）、その他公費負担医療（特定疾患等）、特定疾病等該当の方等については、一部負担金支払報告明細書の公費負担欄に該当する番号を記入のうえ、公費負担医療適用後の自己負担額を報告してください。

Q7.一部負担金支払報告書提出後に、報告もれや記載もれがあった場合にはどのようにすればよいのでしょうか。

A7. 同月内に報告が可能であれば、電話連絡のうえ一部負担金支払報告明細書のみを追加で提出してください。  
月が異なる場合は、報告書と明細書の提出をお願いします。

Q8.「重度医療費一部負担金支払報告書」提出後に、自己負担額等に変更が生じた場合は、どうなるでしょうか。

A8.同月内であれば、電話連絡のうえ一部負担金支払報告明細書のみを追加で提出してください。月が異なる場合は、報告書と明細書の提出をお願いします。

Q9.診療月内で支払が完了せず、報告書の提出前に支払が完了した場合には、自動償還払いの取扱いとしてよいですか。  
また、報告書の提出後に支払が完了した場合にはどのようにしたらよいですか。

A9. 報告書の提出前に支払が完了していれば、あわせて報告してください。  
報告書の提出後、同月内に支払が完了した場合には電話連絡のうえ一部負担金支払報告明細書を追加で提出してください。

Q10. 診療月の翌月以降、月遅れで報告することは可能ですか。

A10. 診療月の翌月以降も、自動償還払いで報告できます。その場合には、備考欄に報告が遅れた理由を記入してください。  
例) 報告もれのため、支払完了のため 等

Q11. 月遅れの報告をする場合、一部負担金支払報告明細書に診療月の異なる診療分をまとめて記載してもいいですか。

A11. 診療月の異なるものは記載しないでください。  
一部負担金報告書と一部負担金報告明細書につきましては、診療月が同じ月のもので作成していただくようになります。

### 3. 領収書の取り扱いについて

Q12. 自動償還払いの対象となる場合でも、領収書はこれまで通り発行してよいのですか。

A12. 領収書については、これまで通り発行してください。

### 4. 調剤薬局における取り扱いについて

Q13. 9月30日医療機関を受診し10月1日に調剤薬局に訪れた場合など医療機関の受診月と薬局の調剤月が異なる場合はどのようになるのですか。

A13. 医療機関を受診した月ではなく薬局での調剤月で報告してください。

Q14. 調剤薬局において後発医薬品を処方し、医療機関で出す処方箋の保険点数と差異がある場合、自己負担額支払明細書にはどちらの点数を記載すればよいのですか。

A14. 調剤薬局で実際に処方した薬剤の点数と自己負担支払額を記入してください。

## 5. その他

Q15.「自動償還方式」になることで、これまでの「償還払い」の取り扱いはどのようなになるのですか。

A15.市外の医療機関等で受診される方や自動償還払いを希望しない方、または何らかの事情により自動償還払いの対象とならない場合もあることから、償還払い（ピンクの用紙・みどりの用紙）での申請受付も継続して行います。

Q16.助成対象者の口座へ助成金が振り込まれる時期は、いつ頃になるでしょうか。

A16.診療月の翌月に「重度医療費一部負担金支払報告書」を障がい福祉課へ提出していただくと、診療月の翌々月末に振り込みになります。  
月遅れでの報告の場合は、提出月の翌月末に振り込みになります。

Q17.高額療養費に該当する場合の手続きはどのようなになるのでしょうか。

A17.1カ月の一部負担金が高額療養費合算対象となる21,000円を超えた場合には、自動償還払いの取扱いはせずに、今までどおり償還払いの申請書に証明をお願いいたします。  
後期高齢者医療に該当の方については、21,000円以上でも自動償還払いで報告をお願いします。

Q18.報告書や明細書はどのようにすれば受け取れますか。

A18.御連絡いただければ郵送や、行政センター等で受け取れるように準備いたします。



## Ⅶ 自動償還払いに関する問い合わせ先等

### 【身体障害者手帳・療育手帳】

〒963-8601

郡山市朝日一丁目23番7号 (市役所本庁舎1階)

郡山市保健福祉部障がい福祉課

電話 024-924-2381

FAX 024-933-2290

### 【精神障害者保健福祉手帳】

〒963-8024

郡山市朝日二丁目15番1号 (保健所1階)

郡山市保健所地域保健課

電話 024-924-2163

FAX 024-934-2960

### 【郡山市ウェブサイト】

郡山市重度心身障害者医療費助成制度「自動償還払い」

<http://www.city.koriyama.fukushima.jp/212000/jyuudojidousyoutokann.html>

説明会資料、事務取扱マニュアル、ポスター原稿等