

<内科・歯科>

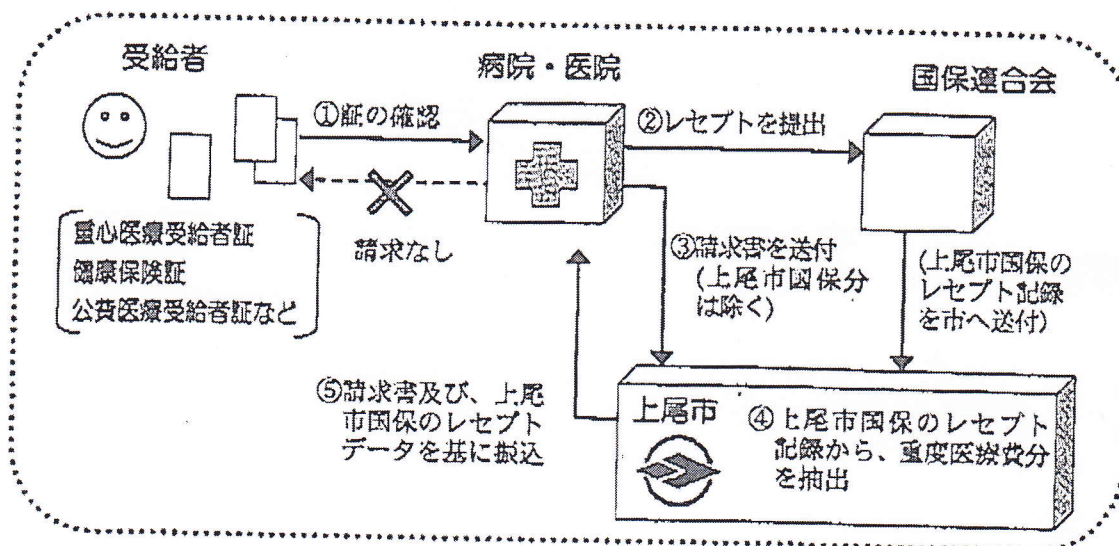
上尾市重度心身障害者医療費助成制度の事務手続きについて

<内科・歯科>

◆ 概要

この制度は、重度心身障害者が医療機関等に受診したときの自己負担金額(保険診療適用の費用のうち、最終的な一部負担金額等)を助成する福祉制度です。

◆ 事務の流れ(現物給付の請求から支払いまで)



(1) 受診時に、各受給者証等により受給資格の有無を確認してください。

(P.2 受給資格の確認)

(2) 助成対象分の医療費は、「現物給付」として受給者の支払いを無料にしてください。

(P.3 現物給付の額)

(3) 「現物給付」した医療費を受給者別・診療年月ごとに取りまとめて、下記のとおり請求してください。

受給者の加入保険	請求方法
上尾市国保	市への請求手続きは必要ありません。 レセプト記録を基に、レセプト提出の翌々月末日に指定口座へ振り込みます。
上尾市国保以外 ・後期高齢者医療 ・政府管掌 ・健保組合 ・他市国保 ・国保組合 等	所定の請求書を作成し、翌月 10 日までに障害福祉課へ送付してください。送付の翌々月末日に指定口座へ振り込みます。 (P.4～5 請求書の作成)
	※1 高額な医療費については、保険者等に確認が必要な為、送付の翌々月末日に振り込む予定です。
	※2 翌月 10 日を過ぎて届いた請求書は、次月の受付扱いになります。現物給付した医療費の請求は3年間で時効になりますので、お早めに請求書をご送付ください。

1. 受給資格の確認

受給者が受診の際に、下記の(1)～(3)を基に受給資格の有無及び内容を確認してください。
障害手帳を所持していても、重度心身障害者医療費の受給者でない場合があります。

- (1) 上尾市重度心身障害者医療費受給者証
- (2) 健康保険証
- (3) 特定疾病療養受療証・他の公費医療受給者証 等(お持ちの方のみ)

<上尾市重度心身障害者医療費受給者証(オレンジ色)の確認事項>

障 重度心身障害者 医療費受給者証	
受給資格証 記号番号	178999
住所	上尾市本町三丁目1番1号
氏名	上尾 太郎
生年月日	昭和YY年XX月ZZ日
性別	男
加入保険	上尾市国保
有効期間	平成20年 4月 1日 から 平成24年 9月 30日 まで
平成20年6月診療分からレセプト払い開始 平成20年 5月13日 交付	
上尾市長 印	

①受給者証記号番号(6ケタの数字)

受給者証 記号番号	加入保険
・100001 ～599999 ・80XXXX	後期高齢者医療以外の 保険加入者
・6XXXXX ・7XXXXX ・90XXXX	後期高齢者医療の加入者
・81XXXX	住所地特例適用者(他市施設入所 者等)
・91XXXX	住所地特例適用者で、なおかつ 後期高齢者医療の加入者

②健康保険証と一致すること

*一致しない場合は、障害福祉課で保険変更の届出
をするよう受給者にご案内して頂くか、または、障害
福祉課までご連絡ください。

保険内容が一致しない場合、医療費の支給ができませんので、ご協力をお願いします。

③有効期間内であること

《医療費の助成には有効期限があります!》

…障害手帳再判定などにより、途中で受給資格が喪失又は保続になる場合があります。

資格継続が不明な場合は医療費を領収し、お手数ですが障害福祉課へ次の内容をお知らせください。

- (1) 受給者の氏名・生年月日
- (2) 診療年月
- (3) 保険点数・領収金額

※医療機関で領収した医療費は、後日、受給資格の継続が決定した場合に、受給者が市へ申請します。(償還払い)

④レセプト払い開始時期(新規に受給資格を取得した上尾市国保加入者のみ)

*新規に受給資格を取得した人は、重度心身障害者医療費の有効期間開始日とレセプト払い開始時期が異なります。

*レセプト払い開始時期より前に現物給付扱いにした医療費は、所定の請求書でご請求ください。

*平成20年3月以前に受給者証の交付を受けている上尾市国保加入者は、平成20年4月診療分からレセプト払い開始です。(受給者証にレセプト払い開始時期の記載はありません。)

<医科・歯科>

2. 現物給付の額

(1) 現物給付の対象となる医療費

○ 対象のもの

- I 医療保険制度の適用による医療費の一部負担金額(例①)
- II 医療保険で定める「特定疾病療養(透析等)」の自己負担額
- III 特定疾患・自立支援医療など、他の法令(公費負担医療)で定める自己負担金額(例②)

✕ 対象ではないもの

- i 自費・介護保険負担金など医療保険適用外の費用
- ii 医療保険制度で払い込まれる高額療養費に該当する医療費
- iii 特定疾患・自立支援医療など、他の法令(公費負担医療)で給付する医療費
- iv 日本スポーツ振興センター法や労働者災害補償保険法、交通事故による自賠責保険制度などで給付する医療費
- v 入院時食事(生活)療養費標準負担額
※半額の現物給付を行う医療機関は、障害福祉課へご連絡ください

(例①)

保険診療でかかった医療費(10割)		
保険診療一部負担金(3割)		
本人に残る負担	高額療養費	病院が保険者へ請求する療養の給付(7割)
上尾市国保加入者のみ重心医療で現物給付		
上尾市国保以外の重心医療現物給付		

一注: 健保・政府管掌・共済・上尾市以外の国保加入者は、次の(2)現物給付の上限額のとおりです。

(例②)

保険診療でかかった医療費(10割)		
保険診療一部負担金(3割)		
定額又は1割など	他の法令による公費負担分	病院が保険者へ請求する療養の給付(7割)
重心医療現物給付		

(2) 現物給付の上限額(1か月当たり)

健保・政府管掌・共済・上尾市以外の国保組合の加入者については、下記のとおり「現物給付」の額に上限があります。

上限額までの額を上尾市へ請求し、上限額を超えた医療費は受給者から領収してください。

(⇒上限額を超えた医療費の取扱いについては、P.5「申請委任」を参照してください。)

	一般・上位所得	非課税世帯
通常の上限額	80,100円	35,400円
直近の過去12ヶ月間に高額療養費に該当するの 4回目以降のときの上限額	44,400円	24,600円

(例) 一般世帯の場合

診療月⇒	11月	12月	1月	2月	3月	4月
上限額⇒	高額1回目 80,100円	高額2回目 80,100円	なし	高額3回目 80,100円	高額4回目 44,400円	高額5回目 44,400円

11月の総医療費が100万円の場合(内訳)

10割 100万円		
3割 30万円		
現物給付の上限額80,100円を 上尾市へ請求。	30万円ー上限額80,100円 =219,900円を本人から領収。	7割 70万円を保険者 へ請求。

3. 医療費請求書の作成

…次のア、イどちらかの請求書をご使用の上、「請求書の記入例」のとおり、必要記載事項を明記ください。

ア. Excel ファイル形式

(Excel をご利用の医療機関には、別途取り扱い説明書と Excel ファイルをフロッピーディスクでお渡ししますので、障害福祉課担当までお申し出ください。)

- Excel シートに必要な事項を入力し、A4 サイズの普通紙に請求書を印刷し、代表者印を押してください。
- 請求書のほかに入力データを保存したフロッピーディスクも合わせて、診療月の翌月20日までに提出してください。

イ. 複写式(手書き用)

- 記入例に従って必要事項を記入し、代表者印を押してください。
- 複写の請求書の一枚目を診療月の翌月10日までに提出してください。

<請求書の記入例>

*特記事項がある場合は、空欄や余白を利用して記入してください。

*月遅れの請求分が発生した場合は、同じ用紙に記入して頂いて結構です。

貴医療機関所在地・名称・代表者名・電話番号・代表者印をお願いします。

第4号様式の3(第5条関係)

<提出>

(/ 枚目)

重度心身障害者医療費請求書

医療機関を特定する7桁のコード(レセプトに記入するコードと同じ)を記入してください。

住所 上尾市本町 3-1-1
医療機関 〇〇〇病院
氏名 院長 〇〇〇 〇〇〇 (印)
電話番号 048-755-5111

平 20年 4月 8日

請求書が2枚以上の場合は、総合計の金額と件数を1枚目に記入してください。

重度心身障害者医療費受給者証の記号番号を記入してください。

一ヶ月分の保険点数の合計を記入してください。

記号	医療機関コード(7ケタ)	(市処理部)
11	1600000	

請求金額 57,620 円

件数 3 件

1	受給者証 記号番号	受給者名	診療年月		入 院	外 来	日 数	総点数	他法負 担点数	一部負担 金等の額	入院時食事療養費と入院被服 費等(内訳)
			年	月							
1	619999	上尾 一郎	20	4	①	・外	31	155,805		44,400	()
2	998764	本町 花子	20	4	入	・②	5	3,000	2,000	1,000	() (特)
3	998764	本町 花子	20	5	入	・②	2	1,130		3,390	()
4					入	・外					

診療年月ごとに1人1行です。

他の公費医療(特定疾患・自立支援医療等)を併用している場合は、総点数に含まれる公費医療適用分の点数を記入してください。

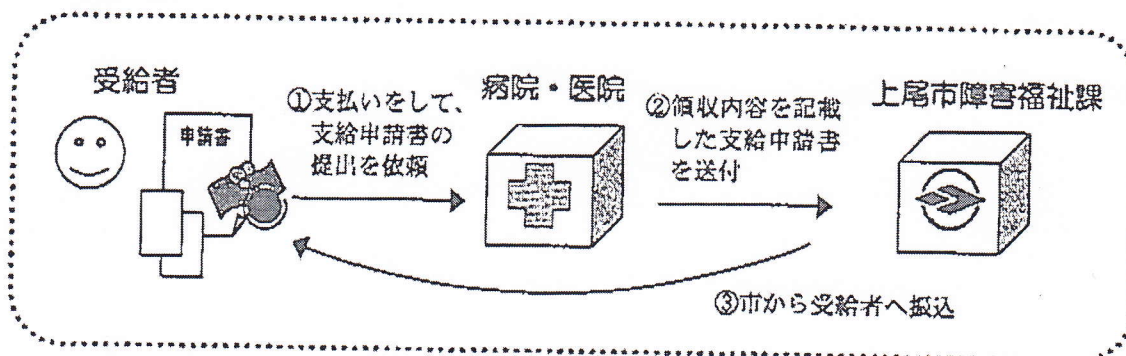
<医科・歯科>

申請委任事務

医療機関で領収した一部負担金の重度心身障害者医療費支給申請書を受給者に代わって医療機関から市へ提出する事務です。重度心身障害者医療費は、受給者の口座に振り込みます。(償還払い)
受給者の申請手続き簡素化のためご協力をお願いします。

(申請委任で取扱う医療費)

- ・ 現物給付の上限額を超えたために医療機関で領収した医療費のうち、保険者から本人へ支給する高額療養費で補填されない額(高額療養費限度額の1%加算分等)
- ・ 入院時の食事(生活)療養標準負担額の1/2
- ・ 障害手帳交付の際に、期間を遡って重度心身障害者医療費助成の資格を取得した受給者の医療費のうち、障害手帳申請中に受診があって領収した一部負担金など

1. 事務の流れ

- ① 自己負担分を領収した後、受給者から支給申請書の提出の依頼があった場合、支給申請書を預かってください。(支給申請書の申請者記入欄は、受給者に記入して頂いてください)
- ② 受給者から預かった申請書の中央「医療機関記入欄」に記入押印し、次の2つを障害福祉課へ送付してください。
 - ・ 支給申請書(領収内容の証明は、1か月分ごと申請書1枚使用)
 - ・ 送付書(償還申請書用)
- ③ 申請書を受付した翌々月末日に、受給者の口座へ助成額を振り込みます。

2. 支給申請書の「医療機関記入欄」の注意事項

- * 受給者から領収した保険適用の医療費について、1か月分ごとに記載してください。
- * 他の公費医療制度の対象になっている医療費は、他法負担点数欄に公費負担医療分の点数を記載してください。
- * 保険適用外の費用や受給者から領収していない費用については記入しないでください。
- * その他、特記事項がある場合は余白に記載してください。

◆ お問い合わせ・送付先

〒362-8501 上尾市本町3-1-1
上尾市役所 健康福祉部 障害福祉課 障害者医療・手当担当
電話048-775-5123(直通) 平日8:30~17:00

提出用 (枚目)

第4号様式の3 (第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書

平成 年 月 日

上尾市長 様

住 所

医 療 機 関

氏 名

電 話 番 号

上尾市重度心身障害者医療費支給条例第8条第2項の規定に基づき、次のとおり請求します。

県コード	医療機関コード (7ケタ)
11	

※1 請求金額 円

件 数 件

	受給者証 記号番号	受 給 者 名	診療年月		入 外 院 来	日 数	総点数 ※2	他法負 担点数	一 部 負 担 金 等 の 額	食事療養費標準 負担額 (算定日数)
			年	月						
1					入・外					(× 日)
2					入・外					(× 日)
3					入・外					(× 日)
4					入・外					(× 日)
5					入・外					(× 日)
6					入・外					(× 日)
7					入・外					(× 日)
8					入・外					(× 日)
9					入・外					(× 日)
10					入・外					(× 日)

※1… 請求者が2枚以上になるときは、合計した請求金額と件数を1枚目に記入してください。

※2… 整骨院・鍼灸院等の場合は、保険適用の総額 (医療費の10割) を記入してください。

償

送付書（申請委任）

上尾市長 様

提出年月日 平成 年 月 日

（医療機関）

所在地

名 称

電 話

県コード	医療機関コード（7桁）
11	

1. こども医療費支給申請書

（白地）

		件
--	--	---

2. ひとり親家庭等医療費支給申請書

（ピンク地）

		件
--	--	---

3. 重度心身障害者医療費支給申請書

（黄地）

		件
--	--	---

（老）重度心身障害者医療費支給申請書

（青地）

		件
--	--	---

市受付欄

*上尾市の福祉医療受給者から、医療費支給申請書（償還）の送付依頼があったとき、市へ申請書を送付する際に添付してください。

*現物給付請求書にはこの用紙を添付する必要はありません。

第4号様式(第5条関係)

重度心身障害者医療費支給申請書

(あて先)
上尾市長

年 月 日

領収書(患者名・診療年月・領収日・保険点数・保険診療額・医療機関名・領収印が記載されたもの)をホチキスで添付。

申請者記入欄	住所			受給資格証 記号番号 フリガナ 氏名 生年月日 1明治2大正 3昭和4平成 年 月 日				
	電話	()						
	氏名	※受給者以外の方が申請される場合は記入してください。						
	加入医療保険	記号	番号		右つめて記入してください			
	保険証番号 フリガナ			保険者番号				
	被保険者・世帯主・組合員・加入者等の氏名	※受給者と同じときは記入不要		保険名称	・国保・健保・共済 ・協会けんぽ・国保組合 ・埼玉県後期高齢			
				電話	()			

注意1 申請書は1箇月分の診療ごと、1医療機関ごと、入院・外来ごと1枚ご記入ください。

2 保険者からの給付(高額療養費・附加給付)を受けている場合、その額を障害福祉課へご連絡ください。

領収書(医療証明書)

診療年月	4平成	年	月	分	入院外来 別表日数	入院	日	外来	日
※ 整形外科・鍼灸院等の場合は、保険診療総金額 (医療費の10割)をご記入ください。									
保険診療 総点数 (総金額)					点	うち他法 負担点数	点		
保険診療 一部負担金(領収額)					円	⇒該当する負担割合に○をご記入ください 3・2・1割、定額(円)			
うち他法負担割合に よる負担額(領収額)					円	⇒該当する公費負担医療制度に○をご記入ください ・特定疾患 ・自立支援医療 ・その他()			
入院時食事療養費または 生活療養標準負担額(領収額)					円				
入院時食事 療養標準負担 額内訳	一般(市民税課税世帯)	市民税非課税・90日まで	市民税非課税・91日から	市民税非課税・低I					
	260円× (780円)	食 (日)	210円× (650円)	食 (日)	160円× (500円)	食 (日)	100円× (300円)	食 (日)	
入院時生活 療養標準負担 額内訳	一般(市民税課税世帯)	低所得者II	低所得者I	老齢福祉年金受給者					
	460/420 円×	食	210円×	食	130円×	食	100円×	食	
	320円×	日	320円×	日	320円×	日			

(医療機関)

所在地

患者氏名

様

名称

県コード	区分	医療機関コード(7桁)

・総合病院の場合診療科

科

電話番号

証明	課税	1一般	多数該当
1証明		2上位	
2委任		3非課税	
相殺(戻入)			

1多数
該当

高額療養費	附加金額
支給額	