

函 福 障
平成30年4月20日

医療機関 各位

函館市子ども未来部子育て支援課長
函館市保健福祉部障がい保健福祉課長
(公 印 省 略)

医療費助成制度の自己負担上限額変更について

日頃より、本市医療行政の推進に特段のご協力を賜わり厚くお礼申し上げます。

さて、別紙のとおりすでに北海道より各医療機関へ国医第1717号「北海道医療給付事業（重度心身障がい者・ひとり親・乳幼児）に係るレセプト併用化に伴う医療費請求方法の変更について（通知）」の別紙にて通知されておりますが、本市医療助成制度につきましては、本年8月から、下記のとおり変更を決定いたしますのでご協力をお願いいたします。

記

- 1 変更時期 平成30年8月診療分（9月請求分から）
（月遅れ請求で7月診療分を9月以降に請求する場合は、これまでの月額上限となります。）

2 変更内容

【重度心身障害者医療費、ひとり親家庭等医療費、子ども医療費】

区 分	自 己 負 担 上 限 額	
	現 行 (平成30年7月診療分まで)	変 更 後 (平成30年8月診療分から)
課税世帯	(かかった医療費の1割を負担) ○通院+入院（世帯単位） 月額 57,600円 (多数該当の場合44,400円)	(かかった医療費の1割を負担) ○通院+入院（世帯単位） 月額 57,600円 (多数該当の場合44,400円)
	○通院（訪問看護含む）（個人単位） 月額 14,000円 (年間上限144,000円)	○通院（訪問看護含む）（個人単位） 月額 18,000円 (年間上限144,000円)

ご不明な点等がありましたら、下記までお問い合わせください。

函館市子ども未来部子育て支援課 医療助成担当
電話 0138-21-3181
函館市保健福祉部障がい保健福祉課 公費医療等担当
電話 0138-21-3187



国医第1717号
平成30年3月 日

各医療機関の長 様

北海道保健福祉部長

北海道医療給付事業（重度心身障がい者・ひとり親・乳幼児）に係るレセプト
併用化に伴う医療費請求方法の変更について（通知）

本道の国民健康保険事業及び北海道医療給付事業の推進につきましては、日頃より格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、平成29年11月24日付け国医第1157号通知により、平成30年8月診療分からは北海道医療給付事業に係るレセプト併用化を実施することとし、併せて標記請求事務の変更点に関する概要を提示することとしておりましたので、次のとおりお知らせします。

今後も随時、請求事務の変更点や具体的な請求方法につきましてお知らせしますので、御協力の程よろしくお願ひします。

記

1 請求方法の変更点について

平成30年7月診療分までは、紙の「請求書」による請求ですが、平成30年8月診療分からは北海道医療給付事業に公費負担番号を符番し、公費負担医療としてレセプト請求となります（詳細は別紙「北海道医療給付事業（重度心身障がい者・ひとり親・乳幼児）に係るレセプト併用化に伴う医療費請求方法の変更について」のとおり）。

2 今後のスケジュール

- | | |
|-------------------|---|
| ① 平成30年3月
（今回） | レセプト併用化に伴う医療給付事業制度及び請求事務の変更点に関する概要の提示 |
| ② 平成30年3～7月 | 道医師会や審査支払機関と協力し、医療機関からの質問や意見に対する回答、請求方法に関する詳細事項について周知 |
| ③ 平成30年4月 | 国保の都道府県単位化開始 |
| ④ 平成30年8月 | 北海道医療給付事業に係るレセプト併用化開始 |

連絡先

国保医療課国保制度グループ

担当：川戸（tel：011-204-5244）

障がい者保健福祉課基盤グループ

担当：狩野（tel：011-204-5264）

子ども子育て支援課医療・母子保健グループ

担当：加藤（tel：011-206-6343）

北海道医療給付事業（重度心身障がい者・ひとり親・乳幼児）に係るレセプト併用化に伴う医療費請求方法の変更について

北海道医療給付事業に係る医療費の請求方法が、平成30年8月診療分から次のとおり変わります。

1 請求方法の変更

北海道医療給付事業における医療費の請求方法を、次のとおり変更いたします。

<変更時期：平成30年8月診療分から>

区分	～平成30年7月診療分	平成30年8月診療分～
医療費の請求方法	レセプトとは別に紙の「請求書」により請求 (乳幼児は市町村によっては償還払)	北海道医療給付事業に公費負担番号を符番し、公費負担医療としてレセプト請求

2 レセプト請求方法

例) A市の場合

- ・受給者証
障課～重度心身障がい者医療給付事業の課税世帯
- ・公費負担者番号
45019999 (北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成)
46019998 (上記に加えて、A市独自に患者窓口負担額の一部を助成)
47019997 (A市独自の助成対象者に対する医療費助成)
- ・受給者番号
1234566

障課		重度心身障がい者医療費受給者証			
公費負担者番号	45019999	受給者番号	1	2	3
	46019998		4	5	6
	47019997		6		
受給者	氏名		男・女		
受給者	生年月日				
有効期限	平成 年 月 日から				
有効期限	平成 年 月 日まで				
【O月末までは初診時一部負担金のみ】 ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記すること。 【入院医療は助成対象外】					
発行機関	名及び印				
交付年月日	平成 年 月 日				

受給者証に記載されている公費負担者番号と受給者番号を診療報酬明細書に記載します。

診療報酬明細書 (眼科入院外)		提出先 社 団 保 険	平成 30年 8月分			
公費負担者番号①	4	5	0	1	9	9
公費負担者番号②	1	2	3	4	5	6

○ 請求方法の変更（レセプト請求）により、医療機関における紙の「請求書」による請求事務がなくなることから、請求事務取扱手数料（1件あたり216円）は廃止となります。

3 北海道医療給付事業の概要

区分	重度心身障がい者 医療給付事業	ひとり親家庭等 医療給付事業	乳幼児等 医療給付事業
助成対象	<ul style="list-style-type: none"> ・身障1級・2級・3級の者（ただし、3級の者については、心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫又は肝臓の機能の障害に限る。 ・重度の知的障がい者（IQおおむね35以下、身障者にあつてはIQおおむね50以下） ・精神障がい者（精神保健福祉手帳1級所持者） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり親家庭等の母又は父及び20歳未満の児童 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象年齢は小学生まで
助成範囲	入院・通院（精神障がい者は入院を除く。）	母又は父：入院のみ 児童：入院・通院	入院・通院（小学生は入院のみ）
患者窓口負担額	入院	課税 総医療費の1割 月額上限 57,600円（多数回該当 44,400円※1）	
	非3課税未・満	初診時一部負担金 医科 580円 歯科 510円 柔整 270円	初診時一部負担金 医科 580円 歯科 510円
	通院	課税 総医療費の1割 月額上限 14,000円※2（年間上限 144,000円※3）	
	非3課税未・満	初診時一部負担金 医科 580円 歯科 510円 柔整 270円	初診時一部負担金 医科 580円 歯科 510円
	指定訪問看護	課税 訪問看護療養費の1割 月額上限 14,000円※2	
	非課税	訪問看護療養費の1割 月額上限 8,000円	

※1 過去12ヶ月の間に3回以上月額上限額に達した場合は、4回目以降44,400円

※2 平成30年8月診療分から通院（課税）の月額上限は、18,000円となります。

※3 8月から翌7月までの1年間の自己負担額（通院のみ）合計が上限144,000円

■上記は、北海道の基準です。

各市町村によっては独自に助成内容等を拡大し、助成対象や範囲の拡大・患者窓口負担額を更に軽減している場合がありますので、「受給者証」に記載されている、助成の対象者、範囲、窓口負担額等を必ずご確認ください。