

この通知は、必ずレセプト担当者、受付担当者にお渡し願います。

各医療機関 医療事務御担当者 様

平成 29 年 6 月吉日
山形県健康福祉部障がい福祉課
障がい医療担当

重度心身障がい(児)者医療給付制度における一部負担金の上限額改正について(通知)

新緑の候、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。また、日頃から本県の障がい福祉行政に御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本県の重度心身障がい(児)者医療給付制度(マル身：法別番号 82)は、対象者(一部負担金有の方)の医療費を 1 割に軽減し、かつ、月ごとに一部負担金の上限額を設けているものですが、平成 29 年 8 月及び平成 30 年 8 月に、以下のとおり上限額を改正しますので、ご承知置きいただくとともに、対象者の方から、適切な医療費の支払いを受けるよう一部負担金の管理等御協力の程よろしく願いいたします。

また、医療証の様式も今年 7 月より別紙のとおり改正予定ですので、併せてご承知置きください。

<一部負担金上限額の改正内容>

	現在	平成 29 年 8 月～平成 30 年 7 月	平成 30 年 8 月
入院	医療機関ごとに 44,400 円/月	医療機関ごとに <u>57,600 円/月</u> (44,400 円/月(※1))	医療機関ごとに 57,600 円/月 (44,400 円/月(※1))
外来・調剤・ 訪問看護	医療機関・薬局・訪問看護 ステーションごとに 12,000 円/月	医療機関・薬局・訪問看護 ステーションごとに <u>14,000 円/月</u> (144,000 円/年(※2))	医療機関・薬局・訪問看護 ステーションごとに <u>18,000 円/月</u> (144,000 円/年(※2))

※1：過去 12 ヶ月において、3 回以上上限まで支払った場合の、4 回目以降の上限額

※2：8 月～翌 7 月までの 1 年間の上限額

なお、市町村から対象者の方へ配布する予定のチラシも添付しますので、必要に応じてご利用ください。

担当 山形県 健康福祉部 障がい福祉課 障がい医療担当 TEL 023-630-3372 FAX 023-630-2111
--

別紙

重度心身障がい（児）者医療給付制度の医療証の様式が、以下のとおり変更となります。

平成29年6月まで

平成29年7月以降

(表 面)

㊫ 重度心身障がい（児）者医療証 (一部負担金有)									
福祉医療 負担者番号	8	2	0	6					
医療証 番号									
住 所									
受 給 者 氏 名									
生年月日	年 月 日			男・女					
被保険者(世 帯主)氏名									
有効期限	年 月 日まで								
年 月 日から適用します。									
市町村長 印									
交付年月日	年 月 日交付								
負担 する 額	医療費の1割 (医療機関、薬局、訪問看護ステーションごとに外来・ 調剤・訪問看護は12,000円/月、入院は44,400円/月を限度とする。)								

色……白系色
大きさ…縦12.7cm、横9.0cm、110K

(裏 面)

㊫ 重度心身障がい（児）者医療証 (一部負担金有)									
福祉医療 負担者番号	8	2	0	6					
医療証 番号									
住 所									
受 給 者 氏 名									
生年月日	年 月 日			男・女					
被保険者(世 帯主)氏名									
有効期限	年 月 日まで								
年 月 日から適用します。									
市町村長 印									
交付年月日	年 月 日交付								
負担 する 額	医療費の1割 (限度額あり)								

色……白系色
大きさ…縦12.7cm、横9.0cm、110K

平成29年6月まで

平成29年7月以降

(表 面)

㊫ 重度心身障がい（児）者医療証 (一部負担金有)									
福祉医療 負担者番号	8	2	0	6					
医療証 番号									
住 所									
受 給 者 氏 名									
生年月日	年 月 日			男・女					
被保険者(世 帯主)氏名									
有効期限	年 月 日まで								
年 月 日から適用します。									
市町村長 印									
交付年月日	年 月 日交付								
負担 する 額	医療費の1割 (医療機関、薬局、訪問看護ステーションごとに外来・ 調剤・訪問看護は12,000円/月、入院は44,400円/月を限度とする。)								

色……緑色
大きさ…縦12.7cm、横9.0cm、110K

(裏 面)

㊫ 重度心身障がい（児）者医療証 (一部負担金有)									
福祉医療 負担者番号	8	2	0	6					
医療証 番号									
住 所									
受 給 者 氏 名									
生年月日	年 月 日			男・女					
被保険者(世 帯主)氏名									
有効期限	年 月 日まで								
年 月 日から適用します。									
市町村長 印									
交付年月日	年 月 日交付								
負担 する 額	医療費の1割 (限度額あり)								

色……緑色
大きさ…縦12.7cm、横9.0cm、110K

※変更後の「負担する額」の欄の記載内容は、市町村により異なる場合があります。