

浜 健 障 号 外
平成 30 年 8 月 31 日

浜松市内保険医療機関各位

浜松市役所健康福祉部 障害保健福祉課
浜松市役所こども家庭部 子育て支援課

浜松市重度心身障害者医療費助成制度及び浜松市母子家庭等
医療費助成制度の受給者証の更新等について

日頃から市政にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、「浜松市重度心身障害者医療費助成制度」（以下、重度医療）及び「浜松市母子家庭等医療費助成制度」（以下、母子医療）は、平成 30 年 6 月 29 日付通知「浜松市重度心身障害者医療費助成制度及び浜松市母子家庭等医療費助成制度の現物給付化に係る対応等について」にてお伝えいたしておりますとおり、いよいよ 10 月 1 日から助成方式を現物給付へ変更いたします。例年同様、10 月 1 日付で受給者証の一斉更新も行われますので、引き続きご理解ご対応をいただきます様、よろしくお願いいたします。

記

1 重度医療及び母子医療の受給者証確認時の注意点

受給者の方に医療費助成制度を適正にご利用いただくため、受付の際の保険証及び受給者証のご確認の徹底を改めてお願いいたします。

更新により受給資格を失う場合や給付の制限を伴う場合がございます。レセプトの返戻を防止するためにも、以下の 4 点については受付時にご確認をお願いいたします。

① 受給者番号 ②有効期間 ③給付制限 ④現物給付不可のスタンプ（重度医療のみ）

なお、①の受給者番号は全員変更されますので、必ず登録の変更をお願いいたします。

④のスタンプが押印されている重度医療受給者は、浜松市内の医療機関では現物給付の対象外となり、ご本人が区役所で償還払申請をしていただくこととなります。

該当となるご本人へは浜松市より文書にてご案内いたしますが、医療機関様におかれましてもご対応にご注意いただきます様、よろしくお願い申し上げます。

2 ご連絡事項

（1）他公費の受給者証等参考資料の提供について

医療機関様窓口にて、受給者の方にご提示いただく他の公費受給者証等のうち、主な受給者証を別紙にまとめました。窓口でのご説明にご利用ください。

また、PDF データ（カラー版）は、

浜松市ホームページ『健康・福祉・子育て』－『福祉』－『障がいのある方へ』
－『医療を受ける』－『重度心身障害者医療費助成』に掲載しています。

なお、『医療機関様用 Q & A』もホームページへ掲載いたしました。

(2) 県単独公費負担医療との併用について

県単独公費負担医療（橋本病・突発性難聴）と浜松市単独公費負担医療（重度医療・母子医療）とのレセプトへの併用の記載につきましては、県単独公費の公費負担者番号を公費①へ、市単独公費の公費負担者番号を公費②へ記載していただきますようお願いいたします。（静岡県国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金静岡支部からのご案内いたします。）

(3) 4者併用レセプトの対応について

重度医療もしくは母子医療以外に他の公費負担医療を2種類ご利用の受給者（医療保険と合わせて4者）がございましたら、下記浜松市担当者までご連絡いただきますようお願いいたします。

(4) 自立支援医療等の上限管理表の記載方法について（各医療費助成指定医療機関様宛）

自立支援医療（育成医療・更生医療・精神通院）、指定難病、小児慢性特定疾患における上限管理表への記載方法について、別紙「重度医療及び母子家庭等医療と他の公費負担医療（自立支援医療、指定難病等）との併用に係る負担上限月額管理票の記載方法について」のとおりまとめました。

10月診療分からは、他公費の受給者証のご確認を改めてお願いするとともに、上限管理表への記載額と医療機関窓口徴収額が異なることにご注意いただきますようお願いいたします。

3 お問い合わせについて

重度医療及び母子家庭等医療の現物給付及び併用レセプト対応に係る主な内容の問い合わせについては、次のとおりとなりますので、適宜、お問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

●審査支払事務などに関すること

国保・後期高齢分…静岡県国民健康保険団体連合会（医科）Tel.054-253-5540

（歯科）Tel.054-253-5535

（調剤）Tel.054-253-5541

（訪看）Tel.054-253-5541

社会保険分……………社会保険診療報酬支払基金静岡支部 Tel.054-265-3000（代表）

●浜松市における各制度の内容全般に関すること

【重度医療】障害保健福祉課 医療・就労支援G 新村・浅野 Tel.053-457-2212

【母子家庭等医療】子育て支援課 手当・助成G 中村・沼田 Tel.053-457-2792

●個別の受給者に関すること

下記お住まいの区の区役所社会福祉課

区	電話番号	区	電話番号
中区役所 社会福祉課	457-2057	東区役所 社会福祉課	424-0176
西区役所 社会福祉課	597-1159	南区役所 社会福祉課	425-1485
北区役所 社会福祉課	523-2898	浜北区役所 社会福祉課	585-1697
天竜区役所 社会福祉課	922-0024		

重度医療及び母子家庭等医療と他の公費負担医療（自立支援医療、指定難病等）との併用に係る負担上限月額管理票の記載方法について

他の公費負担医療（自立支援医療等）において負担上限月額が設定された者については管理票が交付され、医療機関は、受給者から徴収した自己負担額及び当月中の自己負担額累計等を記載することとなっていますが、医療保険、自立支援医療等の公費負担医療及び重度心身障害者医療費助成（重度医療）等の3制度併用の方の管理票の『自己負担額』欄に記載する金額は、重度医療等の徴収した自己負担金（500 円）ではなく、他の公費負担医療の一部負担金の額（管理票記載例参照）を記載するようにしてください。

①自立支援医療受診状況例（育成医療・更生医療・精神通院医療）

○医療保険、自立支援医療（自己負担上限月額：5,000 円）

及び重度医療の3者併用の例（通院）

受診月日	医療費	医療保険者 負担額 例) 7 割	自立支援医療		重度医療 ←	
			公費負担額	自己負担額	自己負担額	助成額
○月 1 日	10,000 円	7,000 円	2,000 円	1,000 円	500 円	500 円
○月 2 日	10,000 円	7,000 円	2,000 円	1,000 円	0 円	1,000 円
○月 3 日	10,000 円	7,000 円	2,000 円	1,000 円	0 円	1,000 円
○月 4 日	10,000 円	7,000 円	2,000 円	1,000 円	0 円	1,000 円
○月 5 日	10,000 円	7,000 円	2,000 円	1,000 円	0 円	1,000 円
○月 6 日	10,000 円	7,000 円	3,000 円	0 円	0 円	0 円

この額を管理票に記載してください。
ただし上限に達した以降は記入の必要はありません。
(上限に達した後は全額公費負担となります)。

実際に徴収する額

「自立支援医療」の
「自己負担額」について
助成を行います。

上記を管理票に記載すると・・・

(通院・管理票記載例)

日付	医療機関名等	自己負担額	月間負担額 累積額	自己負担額 徴収印
○月 1 日	×××病院	1,000 円	1,000 円	㊦
○月 2 日	×××病院	1,000 円	2,000 円	㊦
○月 3 日	×××病院	1,000 円	3,000 円	㊦
○月 4 日	×××病院	1,000 円	4,000 円	㊦
○月 5 日	×××病院	1,000 円	5,000 円	㊦

この累積額が自己負担上限月額に
達するまで自己負担額が発生

○医療保険、自立支援医療（自己負担上限月額：5,000 円）

及び重度医療の 3 者併用の例（入院）

受診月日	医療費	医療保険者 負担額 例) 7 割	自立支援医療費助成		重度医療	
			公費負担 額	自己負担 額	自己負担額	助成額
○月 1 日	30,000 円	21,000 円	6,000 円	3,000 円	500 円	2,500 円
○月 2 日	30,000 円	21,000 円	7,000 円	2,000 円	500 円	1,500 円
○月 3 日	30,000 円	21,000 円	9,000 円	0 円	0 円	0 円

【入院の場合・公費負担医療共通の注意事項】

自己負担上限月額に達した日まで 1 日あたり 500 円を徴収してください。

1 日で上限に達した場合は、500 円のみを徴収してください。

②特定医療費（指定難病）医療費助成及び小児慢性特定疾病

○医療保険、指定難病及び重度医療の 3 者併用の例（通院）

（医療保険割合 7 割、指定難病の自己負担上限月額 2,500 円、同一病院受診の場合）

指定難病等の「自己負担額」について助成を行います。

受診月日	医療費	医療保険者 負担額 例) 7 割	指定難病医療費助成		重度医療	
			公費負担額	自己負担額	自己負担額	助成額
○月 1 日	10,000 円	7,000 円	1,000 円	2,000 円	500 円	1,500 円
○月 2 日	10,000 円	7,000 円	2,500 円	500 円	0 円	500 円
○月 3 日	10,000 円	7,000 円	3,000 円	0 円	0 円	0 円
○月 4 日	10,000 円	7,000 円	3,000 円	0 円	0 円	0 円

この額を管理票に記載してください。

自立支援医療とは異なり、上限に達した後も医療費総額のみ記入が必要です。

実際に徴収する額

（通院・管理票記載例）

日付	指定 医療機関名	医療費 総額	自己 負担額	月額の 累計	徴収印
○月 1 日	×××病院	10,000 円	2,000 円	2,000 円	㊞
○月 2 日	×××病院	10,000 円	500 円	2,500 円	㊞
○月 3 日	×××病院	10,000 円			
○月 4 日	×××病院	10,000 円			

※自立支援医療、特定医療費（指定難病）、小児慢性特定疾病ともに

上記の例にあたらな内容につきましては次ページ『各制度担当連絡先』までお問い合わせください。

●各制度担当連絡先

【重度医療】	障害保健福祉課	医療・就労支援G	新村・浅野	Tel457-2212
【母子家庭等医療】	子育て支援課	手当・助成G	中村・沼田	Tel457-2792
【自立支援医療】				
（更生医療）	障害保健福祉課	医療・就労支援G	新村	Tel457-2212
（精神通院医療）	障害保健福祉課	医療・就労支援G	長島	Tel457-2212
（育成医療）	健康増進課	母子G	神谷・豊田	Tel453-6117
【特定医療費（指定難病）医療】				
	健康増進課	難病支援G	清水・信國・渥美	Tel453-6116
【小児慢性特定疾病医療】				
	健康増進課	母子G	神谷・豊田	Tel453-6117

＜ご参考＞重度心身障害者医療・母子家庭等医療費助成制度の見直し

医療機関様用 Q & A

ご質問	回答
レセプトコンピューター（レセコン）に対する案内はいつ頃を予定していますか。	レセプト記載に関するご連絡は、8月に審査支払機関から各医療機関様へ行う予定です。 今回のご案内に加えて、各医療機関様からレセプトコンピューター会社様へ情報提供をお願いします。
レセコンの改修に掛かる費用の補助などありますか。	市単独制度とはいえ、国の制度改正と同様と考えておりますので、費用につきましては、メンテナンスなどの契約の範囲で行っていただきたいと思います。
受診する方が窓口で重度・母子の受給者証をお持ちでない場合は、どのような対応になりますか。	ご対応はこれまでと変わりません。保険負担以外の自己負担（通常3割）を窓口でお支払いいただきます。 後日、区役所等窓口で医療費助成制度の申請をしていただきます。（償還払い）
上記質問の追加質問になりますが、受診する方が同じ月で2回目以降に受給者証を提示してきた場合、それ以前の自己負担分（3割）のうち、500円を除く本来公費負担となる部分については、病院から返金する必要はありますか。	本来、本人が受給者証を提示して初めて制度を利用することが出来ます。そのため、本人から受給者証を提示し、制度の利用を申し出てきたものにつきましては、同月中であれば、病院等窓口で精算をしていただきたいと思います。病院等でのご対応が困難でありましたら、区役所窓口で償還払い申請を行っていただくよう、ご案内をお願いします。月単位で処理方法を統一してください。
入院中に20歳の誕生日を迎える患者さんの入院医療費はどのようにになりますか。（重度）	誕生月の月末までは、20歳未満とします。
入院中に加入している保険に変更があった場合、レセプトへ自己負担分はどのように記載したらいいでしょうか。（重度）	以下のとおりとなります。 ・10/1～10/31入院、10/15保険変更 変更前レセプト自己負担金 5,000円を記載 変更後レセプト自己負担金 0円を記載 ・10/1～10/31入院、10/5保険変更 変更前レセプト自己負担金 2,500円を記載 変更後レセプト自己負担金 2,500円を記載
薬局に出す処方箋について同じ月に2回以上行く方がいますが、2回目以降は処方箋に重度・母子医療対象かどうか、記載が無いケースもありますが、窓口で受給者証を提示していただく必要はありますか。	原則的には、毎回受給者証を提示していただきます。 しかしながら、薬局で重度・母子医療対象者かどうか、台帳で管理されていて、同じ月で同じ方が処方箋をお持ちであれば、特に確認しなくても良いと考えます。 ただ、浜松市から転出したことで受給者証を返却されていないかのご確認をお願いします。
「短期証」をお持ちである場合がありますが、このようなケースについて、医療は現物給付対応でよいのですか。	「短期証」につきましては、通常の保険診療と同じ対応となりますので、医療の現物給付を行ってください。
併用レセプトに変わることで、他に変更することは	公費負担番号に変更はありません。

ありますか。	・ 重度：85220028 ・ 母子：84220029 ただ、受給者番号は全て再付番となります。 これは、末尾の番号を検証番号（チェックディジット）として使用するためです。
4 者併用レセプト以上の取扱いがある場合はどのように対応しますか。	4 者併用のケースがありましたら、個別に対応する予定です。浜松市障害保健福祉課もしくは子育て支援課までご相談ください。
調剤薬局における患者の窓口支払額は 0 円であると聞いていますが、レセプトへの記載方法はどのようにしたらよいのでしょうか。	重度、母子医療費助成制度の公費負担番号の記載が必要となります。一部負担金額は 0 円と記載をお願いします。
国公費を優先することで、重度、母子医療費助成の請求額が 0 円となる場合、レセプトの公費負担者番号と公費負担額は、どのように記入すればよいのでしょうか。	重度、母子医療費助成制度の対象外となりますことから、記載の必要はありません。
9 月 30 日交付の処方箋を 10 月 1 日以降に調剤薬局に持参した場合、支払方法はどのようになりますか。	平成 30 年 10 月 1 日以降有効な受給者証をお持ちであることを確認していただき、現物給付としてください。
重度・母子医療費助成制度を利用し、窓口負担額が 500 円に満たない場合、レセプトの公費負担者番号と公費負担額の記入は、必要でしょうか。	レセプトには、公費負担者番号と自己負担額の記入をお願いします。
月途中で母子医療の現物給付対象になるもの、又は受給対象外になる場合の対応はどのようになりますか。	月途中から受給開始となる場合、または資格喪失になる場合があります。この場合「公費分点数」欄等に母子医療に係る請求点数等をご記入ください。 <u>※重度医療は母子医療と異なり、受給者証の有効期間開始日は必ず月初日からとなります。</u>
静岡県内他市町の受給者の方が受診した場合の取扱いに変更はありますか。	ございません。 引き続き自動償還払での対応をお願いします。次ページ『平成 30 年 10 月診療（調剤）分以降における、浜松市および他市町の重度及び母子医療費～』をご覧ください。
【追加】 重度医療の受給者証に“現物給付不可”とスタンプが打たれている方はどういった方ですか。	対象者は 浜松市以外の国民健康保険および静岡県以外の後期高齢者医療の加入者です。 また、市内医療機関窓口では受給者証が使用できませんので、償還払で対応をいたします。
【追加】 医療機関窓口でのひと月あたりの自己負担金が 400 円（500 円未満）であった場合、受給者の自己負担額は 400 円でもいいですか。	そのとおりです。
【追加】 難病や自立支援医療などの他の公費負担医療制度の受給者の方が入院した場合、入院 1 日で当該の公費負担医療制度の上限まで達してしまいます。	他の公費負担医療制度の受給者の方が入院した場合において、入院 1 日で上限に達した場合の自己負担額は 500 円となります。 詳しくは添付の『重度医療及び母子家庭等医療と他の公

自己負担額はいくらになりますか。(重度)	費負担医療(自立支援医療、指定難病等)との併用に係る負担上限月額管理票の記載方法について』をご覧ください。
【追加】 “短期滞在手術”により5日間入院し、入院期間が月をまたいだ場合、受給者から受領する額は各月いくらですか。 診療報酬点数が算定されるのは手術をした1日のみとなります。(重度)	診療報酬点数が算定されるのが手術をした1日のみであれば、手術をした月は1日分の500円を受領してください。 点数が算定されない月は受領の必要はありません。
【追加】 現物給付化により、自立支援医療、指定難病等の公費負担医療制度の受給者及び長期高額療養費制度の受療者の方等において、公費負担医療制度の更新は必要がなくなりますか。	制度更新は必須です。 <u>医療機関様におきまして受給者様に対し、制度の更新が不要であるとはお伝えしないようお願いいたします。</u> 浜松市から受給者様へも、国公費の制度利用及び特定疾病制度等の更新は必須である旨を受給者証送付時に周知してまいります。

平成30年10月診療(調剤)分以降における、

浜松市および他市町の重度及び母子医療費助成受給者が医療機関等を受診した場合の助成方式について

◇浜松市の受給者が下記の医療機関等を受給した場合

医療機関等の種類	浜松市内に所在地を有する 病院・診療所(内科・歯科) ・薬局・訪問看護ステーション	県内(浜松市外) 病院・診療所・薬局 ・訪問看護ステーション	浜松市内に所在地 を有する柔道整復	県内(浜松市外) 柔道整復	県外病院・診療所・薬局 ・訪問看護ステーション・柔道整復 及び市内外鍼灸マッサージ、 補装具等
助成方式	現物給付 (併用レセプト)	自動償還	自動償還	自動償還	償 還

◇県内他市町の受給者が下記の医療機関等を受給した場合

医療機関等の種類	浜松市内に所在地を有する 病院・診療所(内科・歯科) ・薬局・訪問看護ステーション	県内(浜松市外) 病院・診療所・薬局 ・訪問看護ステーション	浜松市内に所在地 を有する柔道整復	県内(浜松市外) 柔道整復	県外病院・診療所・薬局 ・訪問看護ステーション・柔道整復 及び市内外鍼灸マッサージ、 補装具等
助成方式	自動償還	自動償還	自動償還	自動償還	償 還

※上記表中の“自動償還”及び“償還”は全て単独レセプトであり、加えて自動償還は医療費明細書の提出も伴います。

※「自動償還」及び「償還」のお取扱いにしましては、10月以降も変更ありません。

※上記表中において、訪問看護ステーションが医療費助成の対象となるのは重度医療のみです。

重度心身障害者医療費助成に関する 主な公費負担医療受給者証等のご提示について

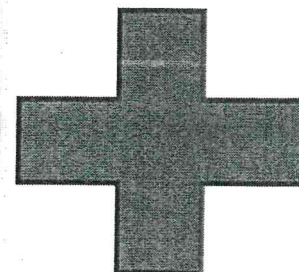
右の②、③の公費負担医療受給者証又は裏面の⑨～⑪等の公費負担医療受給者証をお持ちの場合は重度心身障害者医療受給者証と併せてご提示いただきます。④、⑤（参考・国保分）は、該当の疾病、年齢の方は必ずご提示ください。
また、こちらに掲載されていない公費負担医療受給者証をご利用されている方も必ずご提示いただきます。

①

障		浜松市重度心身障害者医療費助成金受給者証 (一般)	
有効期間	平成30年10月1日 から 平成31年9月30日 まで		
<ごあんない> ○浜松市内の医療機関窓口で本受給者証を提示すると、下記の自己負担で受診ができますので受診時は毎回必ずご提示ください。他の公費負担医療制度をご利用の方は、その制度の受給者証も併せてご提示ください。 ○浜松市外に転出する場合は必ず社会福祉課へご連絡ください。			
公費負担番号	85220028		
受給者番号	14 - 7111111		
氏名	浜松 太郎		
生年月日	昭和31年11月11日		
自己負担金	入院 1日500円(上限5,000円/月) 通院 1ヶ月1医療機関あたり500円		
摘要			
交付年月			
発行機関及び日			

①重度心身障害者医療費助成受給者証【クリーム色】
・重度の障害のある方が対象（所得制限あり）
担当課：障害保健福祉課 TEL053-457-2212
サイズ：原寸大

こちらに「現物給付不可」のスタンプがある方は、償還払での対応をお願いいたします。
※浜松市外の医療機関では、スタンプの有無に関係なく自動償還払となります。



②

自立支援医療受給者証（更生医療）	
公費負担医療の受給者番号	1 5 2 2 5 0 1 4
氏名	ハヤシタ タロウ
性別	男
生年月日	昭和31年11月11日
住所	浜松市中央区〇〇1-1
医療機関	浜松市 中央区(国民健康保険)
保険証番号	12345678
交付年月	平成30年7月1日
有効期限	平成31年6月30日
公費負担の割合	2割

②自立支援医療受給者証（更生医療）【白色】
・18歳以上で身体に障がいのある方が対象
担当課：障害保健福祉課 053-457-2212
サイズ：A4
※右は上限管理票。実際のサイズはA4

公費負担医療受給者証

③

特定医療費（指定難病）受給者証	
公費負担者番号	54227020
指定難病受給者番号	9999999
氏名	ハヤシタ タロウ
性別	男
生年月日	昭和31年11月11日
住所	浜松市中央区〇〇1-1
医療機関	浜松市 中央区(国民健康保険)
保険証番号	12345678
交付年月	平成30年7月1日
有効期限	平成31年6月30日
公費負担の割合	2割

③特定医療（指定難病）受給者証【水色】
・指定難病にかかっている方が対象
・指定難病の治療が2割負担等になる
担当課：健康増進課 053-453-6116
サイズ：A4の1/4（二つ折り）

④

静岡県国民健康保険特定疾病療養受療証	
有効期限	平成31年7月31日
交付年月日	平成30年8月1日
認定疾病名	人工腎臓を実施している慢性腎不全
記号番号	00000002
被保険者	氏名 中区 花子 女
生年月日	昭和40年7月1日
発効期日	平成29年8月1日
自己負担限度額	1万円

④国民健康保険特定疾病療養受療証【オレンジ色】
・人工透析等の疾病が対象
担当課：国保年金課 TEL053-457-2887
※国保加入者以外はご加入の健康保険組合等まで。
サイズ：原寸大

⑤

静岡県国民健康保険高齢受給者証	
有効期限	平成31年7月31日 まで
交付年月日	平成30年8月1日 交付
記号番号	00000001
住所	浜松市中区元城町103番地の2 中区役所
氏名	中区 太郎 男
氏名	中区 花子 女
生年月日	昭和20年7月1日
一部負担金の割合	2割

⑤国民健康保険高齢受給者証【藤色 H30 年度】
【色は年度で異なる】
・70歳以上の被保険者が全員対象
・一部負担額が2割等になる
担当課：国保年金課 TEL053-457-2887
※国保加入者以外はご加入の健康保険組合等まで。
サイズ：原寸大

⑪自立支援医療受給者証（精神通院）【白色】
・精神疾患を有する方で、精神医療を継続的に
要する症状にある方が対象
担当課：障害保健福祉課 053-457-2212
サイズ：A4