

重 要 性 分 類 III
事 務 連 絡
平 成 30 年 7 月 4 日

保険医療機関 各位

社会保険診療報酬支払基金大阪支部

大阪府福祉医療費助成制度に係る対象医療及び
一部自己負担額の変更について（お知らせ）

平素は、支払基金の業務処理につきまして、格別のご理解とご協力を賜り
厚くお礼申し上げます。

平成 30 年 4 月 1 日から大阪府福祉医療費助成制度の見直しにより、障が
い者医療及び老人医療（経過措置）に係る対象者の一部自己負担額等が変更
になっております。

つきましては、当該福祉医療費助成に係る診療報酬を請求される場合は、
対象医療及び対象者の一部自己負担額の窓口徴収方法等について、別紙変
更点を参考にご留意いただきますようお願いいたします。

本件に関する問合せ先
社会保険診療報酬支払基金大阪支部
審査企画部事業管理第 1 課
担当（内線）田畑（3110）尾上（3111）
TEL：（06）6375-2321（代表）
（06）6375-2326（ダイヤルイン）＋（内線）

○対象医療・一部自己負担額の変更

平成30年4月1日からの変更点（下線部分）

区分	対象医療	一部自己負担額			
		一日当たりの負担額	一つの医療機関等当たりの負担日数上限	院外調剤への自己負担	複数の医療機関等を受診した場合の月額上限額
障がい者医療	医療保険が適用される医療 ●訪問看護ステーションが行う訪問看護（医療保険分）への対象拡充 ●精神病床への入院は助成対象外 ※ただし、平成30年3月31日時点での福祉医療費助成制度対象者（法別番号90の助成対象者を除く）については、経過措置として平成33年3月31日まで引き続き助成対象となります。	一つの医療機関・訪問看護ステーション当たり 入院・入院外 1日500円以内	なし	一つの薬局当たり 1日 500円以内	3,000円
老人医療（経過措置）			あり (月2日まで)	なし	2,500円
ひとり親家庭医療					
乳幼児医療					

【参考】同じ医療機関を月に何度も受診した場合の支払額の例

- ◎ ひとり親家庭医療・乳幼児医療対象者の方々の支払額に変更はありません。
(一つの医療機関当たり月2日までの支払い)
- ◎ 障がい者医療・老人医療経過措置対象者の方々は、受診日数に応じて1日500円以内の支払いとなりますが、医療機関等によっては、窓口での1カ月の支払額が3,000円までとなることがあります。
なお、1カ月の支払額の総額が3,000円を超えた場合でも、市区町村の窓口で手続きを行うことで、超過額が償還払いとなります。

	福祉医療適用前	福祉医療適用後		
		平成30年3月31日まで	平成30年4月1日以降	
		障がい者医療 老人医療 ひとり親家庭医療 乳幼児医療	障がい者医療 老人医療（経過措置）	ひとり親家庭医療 乳幼児医療
1日目	300円	300円	300円	300円
2日目	2,000円	500円	500円	500円
3日目	1,000円	なし	500円	なし
4日目	1,200円	なし	500円	なし
5日目	2,000円	なし	500円	なし
6日目	300円	なし	300円	なし
7日目	1,000円	なし	500円(400円)	なし
8日目	300円	なし	300円(なし)	なし

※()は一つの医療機関等の窓口での1カ月の支払額が3,000円までの場合