

神保障自第 5003 号  
平成18年 4月24日

自立支援医療  
指定医療機関 各 位

神戸市保健福祉局自立支援課長

自立支援医療に係る請求について (依頼)

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。  
平素は神戸市の更生医療・育成医療・精神通院医療について、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。  
自立支援医療の受診者について、神戸市では独自の減免制度を創設し実施いたしましておりますので、ご請求等の事務手続きにつきましては下記のとおりお取扱いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

< 神戸市の利用者負担 >

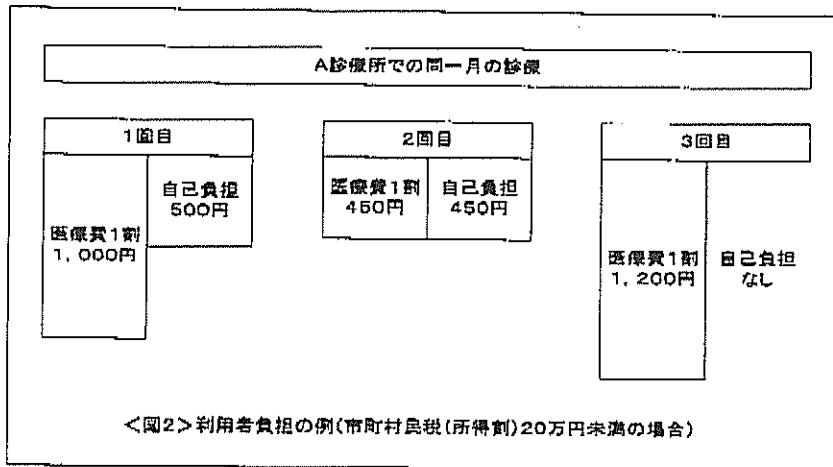
自立支援医療の実施に伴い、国の制度では ①医療費の原則1割が利用者負担、②入院時の食費(標準負担額)は自己負担 ③ある一定以上の負担を求めない「月額負担上限」が設定されております。神戸市では自立支援医療を利用される方々の負担を軽減するため、国制度の「月額負担上限」に対して神戸市独自の月額負担上限を定め、図1のような負担で医療を受けていただけることとなっております。ただし、入院時の食費標準負担額は国制度と同様に自己負担とさせていただきます。

		一定所得以下		中間的所得		一定所得以上	国制度 所得階層区分
		生活保護世帯	市町村民税非課税世帯	市町村民税 (所得割) 2万円未満	市町村民税 (所得割) 20万円未満	市町村民税 (所得割) 20万円以上	
		(利用者または保護者の収入が80万円以下)	(利用者または保護者の収入が80万円以下)				
通院	負担無し	1日 1医療機関あたり300円 (月2回/600円を限度)		1日 1医療機関あたり600円 (月2回/1,000円を限度)			神戸市 利用者負担額
入院(食)		1医療機関 月額1,200円 まで		1医療機関 月額2,000円まで			

<図1> 神戸市の利用者負担上限

- (1) 生活保護世帯の方は、医療費及び入院時の食費標準負担はありません。(国制度と同)
- (2) 市町村民税非課税世帯で、利用者又は保護者の収入が80万円以下の場合、  
通院：1日、1医療機関あたり300円(月2回、600円を限度)  
入院：1医療機関 月額1,200円

- (3) 「(1)・(2)」以外で、市町村民税(所得割) 20万円未満(高額治療継続者は20万円以上を含む)の場合、  
 通院：1日、1医療機関あたり500円(月2回、1,000円を限度)  
 入院：1医療機関 月額2,000円
- (4) 肢体の身体障害者手帳1級又は2級と、重度の知的障害(療育手帳A判定)を重複してお持ちの方(重症心身障害児(者))は、医療費部分の負担はありません。(入院時の食費標準負担額は自己負担となります)
- (5) 医療費の1割が、1日あたりの利用者負担(300円または500円)より低額な場合は、医療費の1割分をご負担いただきます。(図2)



- (6) 複数の病院、診療所や薬局等に受診された場合は、それぞれで所定の利用者負担をお支払いいただくことになります。(神戸市の場合は「自己負担上限額管理票」は使用しません。)

なお、利用者自己負担については、本市発行の自立支援医療受給者証記載の自己負担上限額でご確認下さい。

<請求方法>

平成18年4月分からの自立支援医療費等のご請求につきましては、国民健康保険に係るものは国民健康保険団体連合会に、社会保険(被用者保険、生活保護受給者)に係るものは社会保険診療報酬支払基金にご請求下さい。

<記載要領等>

レセプトの記載方法 別紙のとおり

【問い合わせ先】

障害者自立支援法FAX・テレホンセンター

TEL 078-335-0502 受付時間：月～金曜日 午前9時～午後5時

FAX 078-322-6066 休 み：土曜・日曜・祝日

\*FAXは24時間受信いたします。ただし、返信は上記の受付時間内になりますので、ご了承下さい。また、返信用FAX番号の記入漏れがないよう、ご確認下さい。

(レセプトの記載方法について)

1. 請求先 社保 「1」=社会保険診療報酬支払基金  
 国保 「2」=国民健康保険団体連合会

2. 公費負担者番号

法別番号-都道府県番号-実施機関番号-検証番号(従前どおり)  
 (2桁) (2桁) (3桁) (1桁)  
 ・都道府県番号→兵庫県「28」

医療の区分	番号の内容			
更生医療	東灘区	15284011	須磨区	15284078
	灘区	15284029	垂水区	15284086
	中央区	15284037	北区	15284094
	兵庫区	15284052	北須磨支所	15284102
	長田区	15284060	西区	15284110
育成医療	16286023			
精神通院医療	21286026			

3. 自己負担上限額について

自己負担上限額を受給者証に記載しているが、神戸市においては次の3種類の設定を行っている。  
 (ただし、入院時の食事標準負担額は国制度と同様に自己負担)

	生活保護	低所得1の受給者※1	左記以外
通院	負担なし	1日1医療機関あたり300円 (月2回/600円を限度)	1日1医療機関あたり500円 (月2回/1000円を限度)
入院	負担なし	1医療機関 月額1200円	1医療機関 月額2000円

※1 低所得1の受給者とは、自立支援医療の負担上限月額が2,500円(国基準)となる方  
 重症心身障害児(者)は自己負担なし

4. 診療報酬の請求について

(1)「療養の給付」欄について

- ① 自立支援医療に係る公費欄の負担金額(一部負担金額)については必ず記載する。
- ② 自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の負担金額(一部負担金額)を記載する。
- ③ 自立支援医療と老人医療又は医療保険(高齢受給者に係る者に限る)との併用の場合で、入院の場合及び在宅時医学総合管理料または在宅末期医療総合診療料を算定した場合には、10円未満の端数を四捨五入した後の負担金額(一部負担金額)を記載する。

(2)「食事療養」欄について

- ① 食事療養費の標準負担額は原則として自立支援医療の給付対象外であるので、自立支援医療に係る公費欄の食事療養に関する請求、標準負担額の欄に0を記載する。
- ② 生活保護受給者については、食事療養費の標準負担額も自立支援医療の給付対象となるので、自立支援医療に係る公費欄の食事療養に関する請求、標準負担額の欄に公費の対象となる金額を記載する。

(3) 生活保護受給者の取扱い

生活保護受給者が自立支援医療費の支給を受ける場合、療養の給付と食事療養費が全て自立支援医療の対象となる場合には、自立支援医療より10割給付されるので、自立支援医療単独の請求とする。自立支援医療の対象外となる医療を含む場合には、自立支援医療に係る公費欄には自立支援医療の給付対象となる点数(金額)を記載し、生活保護に係る公費欄には自立支援医療の対象とならない点数(金額)を記載する。(1枚のレセプトで請求することが可能)

自立支援医療受給者証										更生医療		
公費負担者番号	1	5	2	8	4	0	1	1				
自立支援医療費受給者番号	1	0	0	0	0	0	1	1				
氏名	神戸大剛											
生年月日	昭和42年09月15日		性別	男								
住所	神戸市東灘区角崎北町1丁目2-3 神戸魚崎ハイソ302号											
保険種別等	健康保険(家族)											
被保険者証の記号及び番号	□□株式会社健康保険組合 第1234567号											
氏名	氏名						続柄					
住所	住所											
自己負担上限額	外来	1日	300円まで(月2回)			入院	月額	200円まで				
有効期間(支給期間)	平成18年04月01日 から 平成19年03月31日 まで											
交付年月日	平成18年04月01日											
支給市町村	神戸市 東灘区											
受給者証交付者の名称及び印	東灘福祉事務所長 神戸市東灘区住吉東町5丁目2番1号 電話078-841-4131(代)											

支給の障害		神戸市自立支援医療実施要綱別表第1の次に該当する障害	
文と	障害	神戸市自立支援医療実施要綱別表第1の次に該当する障害	
医療の具体的方針	人工透析		
特定疾病療養受給証	有	無	
区分	名称	所在地	地 等
病院	財団法人○○病院	神戸市東灘区×××町2丁目15-17 電話: 078-851-2161	17
薬局	△△薬局	神戸市東灘区○○町2丁目3-4 電話: 078-123-4567	4
訪問看護	○○訪問看護ステーション	神戸市東灘区◆◆通4丁目5-6 電話: 078-123-9876	6
薬局	◆◆◆薬局	神戸市東灘区◆◆通3丁目4-5 電話: 078-123-9999	5
その他			

注意事項

- この証は、よく読んで大切に持っていてください。
- 自立支援医療を受けるときは、毎回この証と被保険者証を指定自立支援医療機関に提示してください。
- 腎臓病治療費に対する人工透析療法を受ける方は、この証と被保険者証に加えて特定疾病療養受給証を指定自立支援医療機関に提示してください。
- 自立支援医療を受けたときは、指定自立支援医療機関ごとに支払ってください。支払う金額は、医療費(入院時食事療養費にかかると保険負担額や保険料の負担外で実費とされている費用を除く。)の1割と自己負担上限額に算入されている金額を比べて、低い方の金額となります。
- 支給認定の有効期間が経過したときは、指定自立支援医療機関にこの証を添えて再認定の申請をしてください。有効期間が経過する前に、お住まいのある区役所・支所にこの証を添えて再認定の申請をしてください。
- 指定自立支援医療機関、自己負担上限額及び自己負担上限額に関する事項又は医療の具体的方針を変更する必要があるときは、支給認定の変更の申請をすることがあります。
- この証の記載事項に変更があったときは、この証を添えて、お住まいのある区役所・支所にその旨を届け出てください。
- 支給認定の有効期間内に居住地を他の市町村の区域に移すと、この証は他えなくなり、神戸市内であつても、居住地を移すときは、事前にお住まいのある区役所・支所にこの証とご一緒に、ご届出ください。この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかにお住まいのある区役所・支所に届け出て、再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、速やかに、お住まいのある区役所・支所に返していただくこととなります。
- 受給者資格がなくなつたときは、速やかに、この証をお住まいのある区役所・支所に返していただくこととなります。
- 医療の具体的方針に記載されていない医療については、自立支援医療の支給は受けられません。

神戸市自立支援医療実施要綱 別表第1

自立支援医療受給者証に記載する「公費負担の対象となる障害」

	記号	公費負担の対象となる障害
育成医療及び更生医療	ア	肢体不自由
	イ	視覚障害
	ウ	聴覚・平衡機能障害
	エ	音声・言語・そしゃく機能障害
	オ	心臓機能障害
	カ	腎臓機能障害
	キ	小腸機能障害
	ク	免疫機能障害
	ケ	その他内臓障害（育成医療のみ）

市町村		老人受	
公費①	15	公費①	
公費②		公費②	

診療	
区号・番号	

区分		特記事項	
氏名		福祉医療法別番号を記入 ・更生医療…法別15 ・育成医療…法別16 ・精神通院医療…法別21	生
職上の事由			

保険医療機関の所在地及び名称 診療科 ( )

傷病名		診療開始日		診療日数	

11	初診	回
13	指導	
14	在宅	
20	21内服	単
20	22屯服	単
20	23外用	単
20	24調剤	日
20	26麻毒	日
20	27調剤	日
30	31皮下筋肉内	回
30	32静脈内	回
30	33その他	回
40	処置	回
40	処置	回
50	手術・麻酔	回
50	手術	回
60	検査	回
60	検査	回
70	画像診断	回
70	画像	回
80	その他	
80	薬剤	

[ケース1] 自立支援医療にかかる請求が12,654点、7日間の入院で食事標準負担額が260円×3食/日の場合(自己負担上限額:入院月額2,000円の場合)

90	入院年月日	年 月 日
入院	90	入院基本料・加算
		×
		×
		×
		×
	92	特定入院料・その他

97	食費	円×	日	点
	特選	円×	日	点
		円×	日	点

請求点	12,654	決定点	2,000	請求点	13,440	決定点	0	標準負担額	5,460
公費①			2,000	公費①	0		0		0
公費②				公費②					

市町村		老人受	
公費①	15	公費②	
公費③		公費④	

保険	
記号・番号	

氏名		福祉医療法別番号を記入 ・更生医療…法別15 ・育成医療…法別16 ・精神通院医療…法別21
職上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称 診療科 ( ) (902床)

病名		診療開始日		診療終了日	
----	--	-------	--	-------	--

11	初診		回
12	外来診察料	X	回
	外来管理加算	X	回
	時間外	X	回
	休日	X	回
	深夜	X	回
13	指導		
14	往診		回
	夜間		回
	深夜・緊急		回
	在宅患者訪問診療		回
	その他		
20	21内服薬剤		単回
	内服調剤	X	回
	22屯服薬剤		単回
	23外用薬剤		単回
	外用調剤	X	回
	25処方箋	X	回
	26麻薬		回
	27調剤		
30	31皮下筋内内		回
	32静脈内		回
	33その他		回
40	処置		回
	薬剤		
50	手術・麻酔		回
	薬剤		
60	検査		回
	薬剤		
70	画像診断		回
	薬剤		
80	処方せん		回
	その他		
	薬剤		

[ケース2] 自立支援医療に係る請求が17,300点(自己負担が2回合せて500円の場合)

請求点	17,300	一部負担金	500
支払額			
公費			

診療報酬明細書  
(国保入組外)

診療報酬明細書  
請求者

平成 年 月 分

市町村番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9
公費負担者①	2	1							
公費負担者②	1	2							

1 医科	1 社・国	2 公費	3 老人	4 退職	1 単独	2 2 併	3 3 併	4 兼	5 兼	6 兼	7 兼	8 兼	9 兼
10 0 5													
11 0 8													
12 0 3													

氏名	[空白]									
住所	1月 2女 1男 2不 3障 4平 . . . 全									
年齢上の事由	1 病床上, 2 下肢後3月以内 3 通勤災害									

1 1 開始日	(1) 組合員制度	(1) 年 月 日	中止					日
1 2 開始日	(2) 医療費控除	(2) 年 月 日	中止					日
1 3 開始日	(3) [空白]	(3) 年 月 日	中止					日

1 1 科 別	時間外・休日・深夜	回 数	単 位	点 数	合計点
1 1 内 科	x		回	146	73
1 2 外 科	x		回		
1 3 産 科	x		回		
1 4 小 児 科	x		回		
1 5 心 臓 病 科			回		
1 6 脳 科			回		
1 7 腎 臓 科			回		
1 8 消化器科			回		
1 9 泌尿器科			回		
2 0 皮膚科			回		
2 1 眼科			回		
2 2 耳鼻科			回		
2 3 歯科			回		
2 4 理学療法			回		
2 5 作業療法			回		
2 6 看護			回		
2 7 検査			回		
2 8 放射線			回		
2 9 漢方			回		
3 0 処方			回		
3 1 検査			回		
3 2 処方			回		
3 3 検査			回		
4 0 検査			回		
4 1 処方			回		
4 2 検査			回		
4 3 処方			回		
5 0 検査			回	106	51
5 1 処方			回		
6 0 検査			回	338	
6 1 処方			回		
7 0 検査			回		
7 1 処方			回		
8 0 検査			回		
8 1 処方			回		
9 0 検査			回		
9 1 処方			回		
1 2 4 点	[空白]				
4 0 4 点	[空白]				

この欄に自立支援医療法に係る医療費を記載する

この欄に控除医療費を記載する

【ケース3】生活保護受給者、一部自立支援医療対象外の医療を受けた場合(自立支援医療分124点、自立支援医療対象外の医療が404点)

公費①(自立支援医療)請求点数と公費②(生活保護)の点数を合計した点数が控除医療になる

自立支援医療法に係る請求点数を記載する

総医療費-公費①請求点数

124点	404点	[空白]	[空白]	[空白]
------	------	------	------	------





## 自立支援医療受給者の医療機関等の窓口での支払いについて

### 【自己負担額】

医療機関等の窓口で下記の自己負担額をお支払いいただきます。

外来 (通院)	定率1割負担 1 医療機関等あたり 1 日 500 円を限度に月 2 回まで (月額 1,000 円まで) ≪低所得1の受給者※1の場合≫ 1 日 300 円を限度に月 2 回まで (月額 600 円まで) ≪生活保護受給世帯の場合≫ 自己負担なし ◎重症心身障害児(者)※3は、自己負担なし(無料)
入院	定率1割負担 1 医療機関あたり負担限度額：月額 2,000 円まで ≪低所得1の受給者※1の場合≫ 1 医療機関あたり負担限度額：月額 1,200 円まで ≪生活保護受給世帯の場合≫ 自己負担なし(入院時の食費標準負担額も自己負担なし) ○連続した3ヶ月において入院のある場合(長期入院) ⇒4ヶ月目以降の自己負担なし(無料)(※2) ◎重症心身障害児(者)※3は、自己負担なし(無料)

※1 低所得1の受給者とは、自立支援医療の負担上限月額が2,500円となる方(障害者自立支援法施行令第35条第1項第4号)をいいます。

※2 この場合、保険診療の対象外で実費とされている費用や、入院時の食費標準負担額については、別途自己負担していただく必要があります。(重症心身障害児(者)の入院の場合も同様)

※3 重症心身障害児(者)とは、肢体の身体障害者手帳1級又は2級と重度の知的障害(療育手帳A判定等)を重複して有する障害児(者)の方をいいます。

### 【自己負担額の要否】

自己負担なし(無料)とされている場合を除き、1医療機関等ごとに自己負担額の支払いが必要になります。

病院・診療所	薬局	訪問看護
要	要	要
施術(マッサージ)	治療材料・器具	移送
要	不要	要

※なお、同一の医療機関等であっても外来(通院)と入院、医科と歯科は別計算になります。

※医療保険の適用対象とならない費用(薬のビン代や差額ベット代など)は対象外であり、別途自己負担となります。

※治療材料・器具に伴う治療材料費は、医療保険の療養費の支給後の額から自己負担額を控除せずに、自立支援医療費を償還により支給します。

## 自立支援医療費の自己負担額の支払いの事例

### 【外来（通院）の場合】

① 同じ日に、同じ医療機関等で午前と午後を受診した場合でも、最大 500 円が自己負担額となります。

事例	区分	午前	午後	計
例 1 受診者が 診療所で受診	医療費の 1 割額	220 円	220 円	440 円
	窓口負担	220 円	220 円	440 円
例 2 受診者が 診療所で受診	医療費の 1 割額	810 円	220 円	1,030 円
	窓口負担	500 円	なし	500 円

② 医療機関等ごとに 1 ヶ月に最初に受診した日とその次に受診した日との 2 日までの自己負担となります。3 日目以降は自己負担を求めません。

事例	区分	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目
例 3 受診者が診療 所で受診	医療費の 1 割額	810 円	220 円	650 円	220 円
	窓口負担	500 円	220 円	なし	なし

③ いわゆる「旧総合病院」の場合、同じ日に複数の医科を受診しても、最大 500 円が自己負担額となります。

事例	区分	同一病院		
		眼科	整形外科	計
例 4 受診者が 病院で受診	医療費の 1 割額	220 円	220 円	440 円
	窓口負担	合わせて 440 円		
例 5 受診者が 病院で受診	医療費の 1 割額	750 円	980 円	1,730 円
	窓口負担	合わせて 500 円		

④ 同じ医療機関等であっても、歯科は別に1日最大500円が自己負担額となります。

事例	区分	同一病院			
		眼科	外科	歯科	計
例6 受診者が病院 で受診	医療費の 1割額	220円	220円	900円	1,340円
	窓口負担	440円		500円	940円
例7 受診者が病院 で受診	医療費の 1割額	900円	900円	200円	2,000円
	窓口負担	500円		200円	700円

⑤ 薬局でも、1日につき最大500円が自己負担額となります。

同じ日に複数の医科や歯科の処方せんを持参された場合でも、合算して500円までとなります。午前と午後で別の医科の処方せんを持参された場合も同様です。

事例	処方せん 区分	同一薬局			
		A内科	B外科	C歯科	計
例8 受診者が薬局 で調剤を受け る	医療費の 1割額	700円	800円	900円	2,400円
	窓口負担	500円			

⑥ 処方せんを交付した医療機関にかかわらず、薬局ごとに1ヶ月の最初に調剤した日とその次に調剤した日との2日までの自己負担となります。3日目以降は自己負担を求めません。

事例	処方せん 区分	同一薬局			
		1日目	2日目	3日目	4日目
例9 受診者が薬局 で調剤を受け る	医療費の 1割額	A内科 B眼科	C外科	D歯科	E内科
	窓口負担	900円	300円	900円	800円
		500円	300円	なし	なし

⑦ 複数の医療機関等にかかられた場合には、それぞれの医療機関等ごとに1日最大500円を月2日までの自己負担となります。(1ヶ月当たりの自己負担限度額等はありません。)

## 長期入院の場合の取扱いについて

受給者の方が連続する3ヶ月において入院にかかる自己負担額を支払われた場合、長期入院該当として、4ヶ月目以降は入院の自己負担なし（無料）となります。

県内の同じ医療機関で連続入院されている場合については、現物給付（4ヶ月目以降自己負担額を支払わない取扱い）となります。その他の場合は、すべて神戸市からの償還払（申請いただくことにより、支払われた額を後日支給）となります。

入院日が連続していなくても、連続する3ヶ月の各月において入院があれば、4ヶ月目以降は長期入院に該当します。ただし、入院月が連続しなければ、長期入院には該当しませんのでご注意ください。

## 入院月数のカウントについて

① 転院した場合は、前後の医療機関を通算します。

（例）3ヶ月目に転院した場合でも4ヶ月目（11月）の自己負担額は不要となります。ただし、同一医療機関での4ヶ月目ではないため、神戸市での償還払で対応します。

暦月	8月	9月	10月	11月
医療機関	A病院	A病院	A病院 ↓ B病院	B病院
自己負担	要	要	要	不要

※ 上表の例では、11月はB病院に対し、一旦は医療費の1割（負担上限月額2,000円又は1,200円）をお支払いいただきます。支払われた額は申請いただくことにより後日支給します。

なお、転院のあった10月は、A病院とB病院のそれぞれに対する自己負担額の支払が必要です。（10月診療にかかる入院の自己負担額の償還はありません）

② 神戸市の自立支援医療受給者としての期間のみを通算します。他市から転入されてきた場合は、転入月から通算します。

(例)連続入院の期間中に他市から転入された場合、転入後の4ヶ月目から自己負担が不要となります。

暦月	8月	9月	10月	11月	12月
住所	大阪市	神戸市	神戸市	神戸市	神戸市
医療機関	A病院	A病院	A病院 B病院	B病院	C病院
自己負担	要	要	要	要	不要

③ 所得区分（負担上限月額の区分）に異動があっても、長期該当要件は継承します。

(例)

暦月	8月	9月	10月	11月
区分	中間	低所得1	低所得1	中間
自己負担	要	要	要	不要