

平成26年7月29日

医療機関の長 様

奈良県医師会

会長 塩 見 俊 次



精神障害者医療費助成事業の実施について

盛夏の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、奈良県では、平成26年10月診療分より、精神障害者保健福祉手帳1級・2級所持者を対象に全診療科の入院・通院について医療費助成を実施されることになりました。

この医療費助成事業は、市町村が実施主体となり、従来の福祉医療制度と同様に「自動償還方式」が採用されます。

「自動償還方式」では、各医療機関において、当該事業受給者の自己負担額の報告や、レセプトへの当該事業の表示等の事務処理が必要です。

このため、各医療機関での関係職員への周知、レセプト等を作成するシステムの改修等に活用していただくために、事業概要を奈良県が作成されましたので別添のとおりお届けいたします。

各医療機関では、お手数をおかけいたしますが、当該事業の趣旨をご理解のうえ、何卒ご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、この事業は市町村により対象者や開始時期が異なります。今後、対象となる市町村が決定されましたら、随時ご案内いたします。

また、当該事業の「事務取扱マニュアル」についても、奈良県で作成され次第、本会よりお届けする予定であることを申し添えます。

精神障害者医療費助成事業について(概要)

奈良県では、精神障害者保健福祉手帳の1級・2級所持者に対して、平成26年10月診療分より全診療科の入院・通院について医療費助成を行います。（県から市町村への補助基準）

※実施主体の市町村により、対象者・開始時期が異なります。
市町村毎の開始時期等は決定され次第、県より通知します。

■ 助成の範囲は福祉医療制度と同じです。

○医療保険の自己負担額に対して助成します。

（例）自己負担割合3割で通院の場合

【医療費の負担割合】



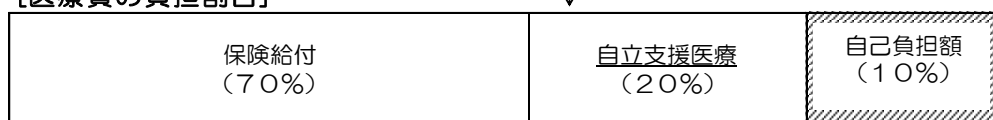
※一部負担金は、1医療機関ごとに月額500円
（14日以上入院の場合は月額1,000円）

自己負担額から一部負担金を除いて助成されます。

○国の医療費助成制度が優先されます。

（例）自立支援医療（精神通院）も受給し、指定自立支援医療機関に通院した場合

【医療費の負担割合】



自己負担額から一部負担金を除いて助成されます。

■ 助成方法も、福祉医療制度と同じ自動償還方式です。

○医療機関の窓口では、従来どおり自己負担額を徴収してください。

○医療機関での事務処理は福祉医療制度と基本的に同じですが、注意点は次の2点です。

①受給資格証（公費負担者番号）を新設します。国保レセプトには、この公費負担者番号を表示してください。（2～4ページ参照）

②社保レセプトの適用欄には「奈良県精神医療」と表示してください。（3、4ページ参照）

○国保連合会へ提出の「自己負担額支払明細書」は、福祉医療と同じ用紙に併せて記入してください。（5ページ参照）

問い合わせ先

奈良県医療政策部保健予防課精神保健係

TEL：0742-27-8683 FAX：0742-27-8262

精神障害者医療費受給資格証について

■ 様式(用紙の色:白色、印刷色:黒色)

精 精神障害者医療費受給資格証									
公費負担者番号		8	0						
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日								
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで							
発行機関名及び印									
交付年月日		年 月 日							
(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。									

■ 公費負担者番号

保険者名	法別	府県	実施機関	検証
01 奈良市	80	29	001	8
02 大和高田市	80	29	002	6
03 大和郡山市	80	29	003	4
04 天理市	80	29	004	2
05 橿原市	80	29	005	9
06 桜井市	80	29	006	7
07 五條市	80	29	007	5
08 御所市	80	29	008	3
09 生駒市	80	29	009	1
30 香芝市	80	29	071	1
50 葛城市	80	29	010	9
51 宇陀市	80	29	011	7
12 山添村	80	29	053	9
13 平群町	80	29	054	7
14 三郷町	80	29	055	4
15 斑鳩町	80	29	056	2
16 安堵町	80	29	057	0
17 川西町	80	29	058	8
18 三宅町	80	29	059	6
19 田原本町	80	29	060	4
24 曽爾村	80	29	065	3
25 御杖村	80	29	066	1
26 高取町	80	29	067	9
27 明日香村	80	29	068	7
31 上牧町	80	29	072	9
32 王寺町	80	29	073	7
33 広陵町	80	29	074	5
34 河合町	80	29	075	2
35 吉野町	80	29	076	0
36 大淀町	80	29	077	8
37 下市町	80	29	078	6
38 黒滝村	80	29	079	4
40 天川村	80	29	081	0
41 野迫川村	80	29	082	8
43 十津川村	80	29	084	4
44 下北山村	80	29	085	1
45 上北山村	80	29	086	9
46 川上村	80	29	087	7
47 東吉野村	80	29	088	5

◆ 公費負担番号の構成は「80」+都道府県番号+実施機関番号+検証番号です。

公費負担者番号、摘要欄に注意してください。

[illegible]

ここへ
受給資格証の「公費負担者
番号・受給者番号」を表示

[illegible]

「奈良県精神医療」を表示

摘要欄

[illegible]

ここへ
受給資格証の「公費負担者
番号・受給者番号」を表示

他公費がある場合は、精神障害者
医療費助成事業分は摘要欄に表示

[illegible]

ここへ
「奈良県精神医療」を表示

摘要欄

レセプトへの表示について

公費負担者番号、摘要欄に注意してください。

記載例(調剤)

[illegible]

様式第五

○ 裁判報酬明細書

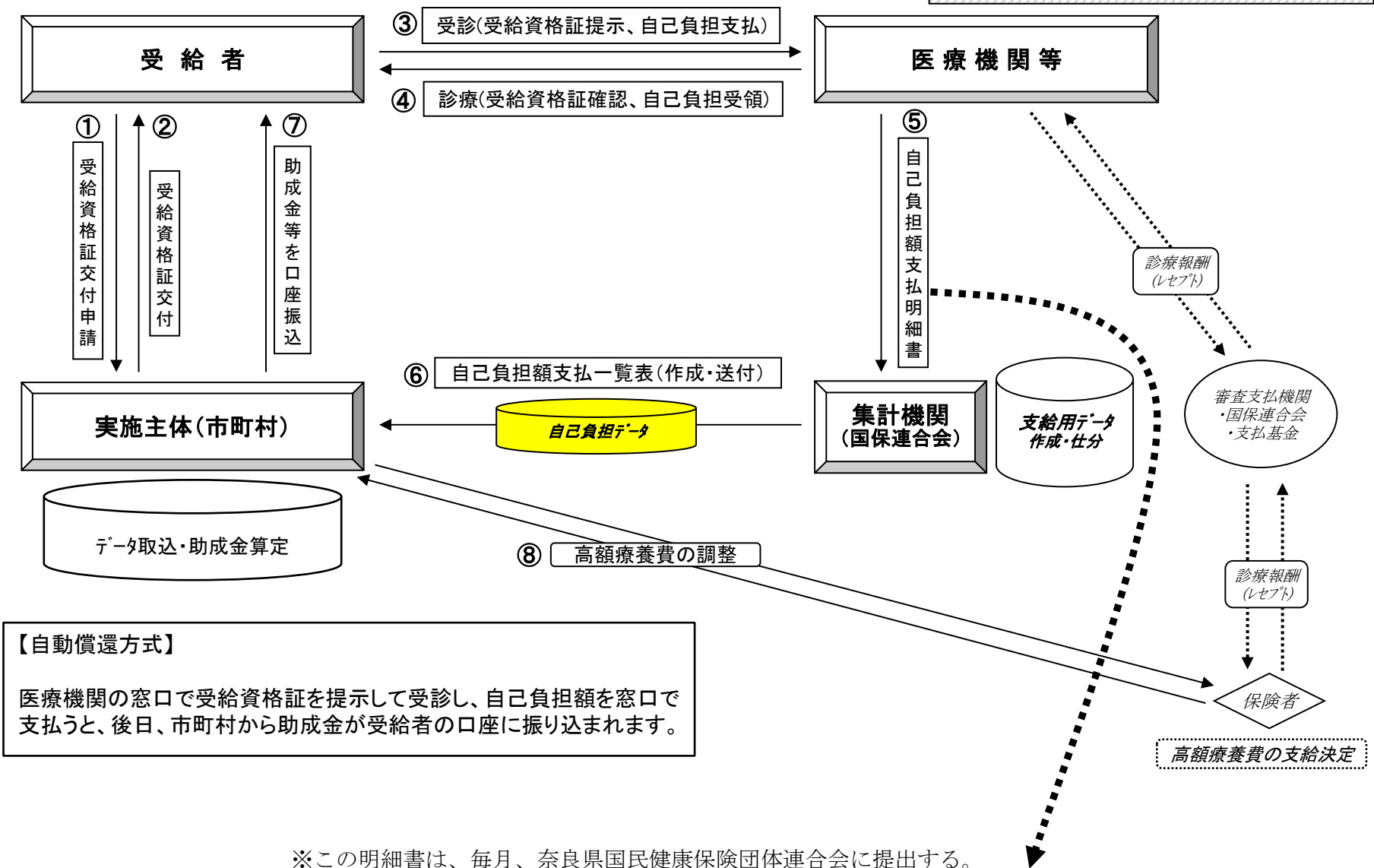
平成 年 月 分

勤務所 裁判コード

4. 1. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824.

奈良県の精神障害者医療費助成事業の仕組み(自動償還方式)

福祉医療制度と同じ仕組みです。



平成 年 月 分

福祉医療費自己負担額支払明細書

保険区分 1 (国保) ・ 2 (社保)

奈良県国民健康保険団体連合会

殿

医療機関所在地

名称

開設者

電話

下記のとおり送付する

平成 年 月 日

| 表 別 | | | | | | 機 関 コ ー ド | |
|-----|---|---|---|---|---|-----------|--|
| 医 | 1 | 調 | 4 | 訪 | 6 | | |
| 歯 | 3 | 柔 | 9 | | | | |

| 公費負担者番号 | | | | 受給者番号 | | | | 保険者番号 | | | | 氏 名 | | 生年月日 | | | 入院区分 | | 割合 | 実日数 | 合計点数 | 自己負担額 | | (長) | 診療年月 | | | 備考 | | | | |
|---------|---|---|---|--|--|--|--|-------|--|--|--|-----|--|------|---|---|------|---|--------|-----|------|-------|---|-----|------|---|--|----|---|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | 入 | 外 | | | | 円 | 円 | | 年 | 月 | | | | | | |
| 7 | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 | | | 点 | | 円 | 長 | 4 | | | | | | | | |
| 7 | 1 | 2 | 9 | ・「福祉医療」受給者と同じ用紙に併せて、「精神障害者医療費助成事業」受給者（公費負担者番号80）の自己負担支払額等を記入してください。

・自立支援医療（精神通院）と併用の場合も必ず記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | | | | | | | | |
| 7 | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | |
| 8 | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | |
| 8 | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | |
| 8 | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | | | | | | |
| 9 | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | | | | | | |
| 9 | 1 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | | | | | | |
| 8 | 0 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | | | | | | |
| 8 | 0 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | | | | | | |
| 8 | 0 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | | | | | | |
| 8 | 0 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長 | 4 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 合計（99） | | | | | | | | | | | | | |

- ①この明細書は奈良県国民健康保険団体連合会に提出する。
②この明細書は国保・社保別に作成するものとし、右上欄の該当番号を○で囲む。
③表別欄医科は1、歯科は3、調剤は4、柔整は9、訪問看護は6の該当番号を○で囲む。
④請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。
⑤入外区分欄は入院は1、入院外は2を○で囲む。
⑥「生年月日」欄は、元号を次の区分で表記してはじめる。(明治:1, 大正:2, 昭和:3, 平成:4)

- ⑦割合欄は、受給者自己負担割合の1, 2, 3を記入する。
⑧合計点数は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
⑨自己負担支払額欄は、福祉医療受給者が窓口で支払った額を記入する。
⑩(長)欄は、長期高額疾病患者の高額療養該当者は、長を○で囲む。
⑪診療年月欄は取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。
⑫合計欄は、請求書1枚ごとに合計点数、自己負担支払額を集計して記入する。

(頁/総枚数)