

「横浜市精神障がい者医療費助成」対象者拡大のお知らせ

横浜市では、平成29年4月1日より「精神障がい者医療費助成」（一般・後期）について対象者を拡大します。精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けておられる方に加え、2級までを対象とします。

貴医療機関におかれましては、事務処理についてお手数となりますが何卒ご理解とご協力をお願いいたします。

●対象者●

- 精神障害者保健福祉手帳1級・2級所持者（所得による制限なし）
（平成27年4月より1級を対象として事業を開始）

●助成内容●

- 全ての診療科の通院・入院時の保険診療（入院時の食事代を除く）の自己負担額から一部負担金を控除した額を助成します。

●一部負担金●

- （通院）1レセプトにつき月500円（調剤薬局分は負担なし）
- （入院）1レセプトにつき月500円（14日以上の場合は月1,000円）

（見本）

精神障がい者医療費受給資格証			
公費負担者番号	80290059		
受給者番号			
受給者住所	横浜市		
受給者氏名			
生年月日			
有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
発行期間名及び印	奈良県 横浜市 市長 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保険証を提示し、医療機関へ申請してください。			

●受給資格証●

- 対象者には、『精神障がい者医療費受給資格証』（白色・公費負担者番号80）を発行します。
- 受給資格証の有効期間は精神保健福祉手帳の有効期限（最大2年）と同じです。
- 後期高齢者医療の被保険者には、受給資格証を発行しません。

福祉医療費自己負担額支払明細書 記載例

診療年月を記入
平成27年4月分

提出先は、社保・国保にかかわらず、奈良県国民健康保険団体連合会

表 別
医 ① 調 4 防 6
費 3 柔 9

機関コード
0109999

作成日(送付日)を記載
平成27年 5月10日

自己負担割合を記入
1割は1、2割は2、3割は3

医療機関所在地 奈良市登大路町**

名称 茶茶病院

保険区分 ①(国保)・2(社保)

明細書が2枚以上にわたる場合は、2枚目以降も捺印する

自己負担額は、福祉医療受給者が窓口で支払った保険適用の額を記載
1日目 211点 630円
2日目 341点 1020円
計 552点 1650円
(額 1,650円=552点×10円×3割)

自己負担支払額は、福祉医療受給者が窓口で支払った保険適用の額を記載
1日目 211点 630円
2日目 341点 1020円
計 552点 1650円
(額 1,650円=552点×10円×3割)

その他の国公費制度と併用の場合は、法別番号を記載
10

給付等、その他の国公費制度と併用の場合は、国公費制度に定める自己負担額の支払いを受け、その額を記入(国公費制度番号)

限度額適用認定証利用の場合
限度額適用認定証に記載の適用区分適用後の値

慢性胃腸炎等の長期療養病の負担軽減(7割)の利用の場合は「長」に0印

合計(99) 205,363 211,760

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表の調剤は1、歯科は3、調剤は4、柔道は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、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」欄に、元号と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割合は、受給者自己負担割合の1、2、3を記入する。
⑧台帳点数は、「レセプト等で請求する医療保険適用の施設費」を記入する。
⑨自己負担支払額は、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、長期療養病療養者の高額療養費当者は、長を○で囲む。
⑪診療年月欄は、診療月分を記入しなくてもよいが、月遅れのときは記入する。
⑫台帳は、請求書1枚ごとに合計点数、自己負担支払額を算出して記入する。

「橿原市精神障がい者医療費助成」対象者拡大のお知らせ

●医療機関様での事務処理●

➤対象者に自動償還で助成金を支給するために必要となりますのでご留意下さい。

- 窓口で精神障がい者医療費受給資格証の提示があれば、必ず有効期限内であるか確認して下さい。
 - 対象者（患者様）から自己負担額（1割～3割）を徴収して下さい。
 - 国保レセプトの場合は公費負担者番号欄に公費負担者番号を、社保レセプトの場合は摘要欄に「奈良県精神医療」と記載して下さい。
 - 「福祉医療費自己負担額支払明細書」に必要事項を記入し、国保連合会へ提出して下さい。
- なお、記入は、福祉医療（心身障害者、子ども、ひとり親）と同じ用紙に併せて記入して下さい。

其 国の医療制度（自立支援医療等）が優先されます。

其 後期高齢者医療被保険者には受給資格証を発行しませんので上記の事務処理は必要ありません。

其 事務処理については福祉医療（心身障害者・子ども・ひとり親）制度の手続きと同じです。

其 詳しくは、奈良県保健予防課のホームページに掲載されておりますのでご確認ください。

平成 年 月 日 福祉医療費自己負担額支払明細書

① 氏名 ② 生年月日 ③ 性別 ④ 保険者番号

⑤ 医療機関名 ⑥ 診療科目

⑦ 診療日 ⑧ 診療時間

⑨ 診療内容

⑩ 自己負担額

⑪ 支払方法

⑫ 支払金額

⑬ 支払回数

⑭ 支払期間

⑮ 支払回数

⑯ 支払期間

⑰ 支払回数

⑱ 支払期間

⑲ 支払回数

⑳ 支払期間

㉑ 支払回数

㉒ 支払期間

㉓ 支払回数

㉔ 支払期間

㉕ 支払回数

㉖ 支払期間

㉗ 支払回数

㉘ 支払期間

㉙ 支払回数

㉚ 支払期間

㉛ 支払回数

㉜ 支払期間

㉝ 支払回数

㉞ 支払期間

㉟ 支払回数

㊱ 支払期間

㊲ 支払回数

㊳ 支払期間

㊴ 支払回数

㊵ 支払期間

㊶ 支払回数

㊷ 支払期間

㊸ 支払回数

㊹ 支払期間

㊺ 支払回数

㊻ 支払期間

㊼ 支払回数

㊽ 支払期間

㊾ 支払回数

㊿ 支払期間

㊿ 支払回数

「自己負担支払明細書」へは、

＊受給者が窓口で支払った額

＊自立支援等、その他の国公費制度と併用の場合は、国制度に定める自己負担額の支払を受けた額

＊限度額適用認定証利用の場合は、認定証に記載の適用区分適用後の額を記入して下さい。（※別紙記載例を参照して下さい）

其 通常、医療費受給資格証を提示された方の診療データを「福祉医療費自己負担額支払明細書」に記載し提出いただいておりますが、スポーツ振興センターの災害給付制度の対象となる診療データは記載しないようご協力をお願いいたします。

（学校管理下で負傷した場合は、原則スポーツ振興センターの災害給付制度の対象となり、精神障がい者医療費助成制度との重複支給はできませんのでご注意ください）。

§ 問い合わせ先 §

橿原市 健康部 保険医療課 医療係

TEL 0744-22-4001（代表）/0744-47-2640（直通）