

心身障害者 母子・父子家庭 医療費助成事務のしおり

保険医療機関
保険調剤薬局
訪問看護ステーション
柔道整復施術所

各位

仙台市長 郡 和子
(公 印 省 略)

平素より、本市の医療費助成事業に格段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、心身障害者及び母子・父子家庭医療費助成事業の事務手続きの流れ、助成申請書の記入方法等についてご案内いたしますので、事務の参考としてご高覧くださいますようお願い申し上げます。

【ご注意いただきたい点】

●公費・特定疾病診療に該当する方の助成申請書の記入について

助成申請書には公費・特定疾病診療について記入いただく欄がございますが、この欄の記入もれにより助成金の過払いとなる事例が発生しております。公費・特定疾病診療に該当する方につきましては、必ず所定の欄にご記入いただきますようお願いいたします。記入方法は3～4ページをご覧ください。

●医療費の一部負担金免除について

加入する健康保険組合等において一部負担金の免除の対象となっている方で心身障害者、母子・父子家庭の各医療費助成を受給している方については、免除が優先されます。対象期間中はこれらの医療費助成制度による助成はありません。医療機関等窓口におかれましては、一部負担金免除証明書をお持ちの方は助成申請書の提出をしないようご案内くださいますようお願いいたします。

●旧様式の助成申請書の取り扱いについて

受給者が平成31年4月1日以前に使用していた旧様式を医療機関等へ提出した場合でも、そのままお受け取りください。旧様式の記入の際は、3ページをご参照ください。

【お問い合わせ先】

◎心身障害者医療費助成制度（助成申請書の記入等については区役所へお問い合わせください）

青葉区役所障害高齢課	Tel022-225-7211	宮城野区役所障害高齢課	Tel022-291-2111
若林区役所障害高齢課	Tel022-282-1111	太白区役所障害高齢課	Tel022-247-1111
泉区役所障害高齢課	Tel022-372-3111		
仙台市健康福祉局障害企画課	Tel022-214-6135		

◎母子・父子家庭医療費助成制度（助成申請書の記入等については区役所へお問い合わせください）

青葉区役所保育給付課	Tel022-225-7211	宮城野区役所保育給付課	Tel022-291-2111
若林区役所保育給付課	Tel022-282-1111	太白区役所保育給付課	Tel022-247-1111
泉区役所保育給付課	Tel022-372-3111		
仙台市こども若者局こども支援給付課	Tel022-214-8202		

1 心身障害者、母子・父子家庭医療費助成制度について

この制度は、仙台市に居住する心身障害者、母子・父子家庭の父母及び児童に対して、保険診療の自己負担分（高額療養費、付加給付が支給される場合はその額を差し引いた額）を助成する制度です。

※入院中の食事にかかる負担金（食事療養費の標準負担額）や差額ベッド代等、介護保険は助成の対象となりません。

※次の方には、それぞれに定めた控除額を差し引いて助成します。

対象者	控除額
心身障害者医療費助成対象者で助成割合が「3分の2」の方	保険診療の自己負担相当額（高額療養費、付加給付等を差し引いた額）の3分の1
母子・父子家庭医療費助成対象者	対象者ごとの1カ月1医療機関（1レセプト）につき、入院2,000円、通院1,000円

2 助成金の支給方法について

心身障害者及び母子・父子家庭医療費助成は、「償還払い」（医療機関等の窓口で受給者が一部負担金を支払い、後日助成金が振り込まれる方式）により助成金を受給者に支給します。

（1）助成申請から支給の流れ

- ①受給者は受給者証を提示するとともに「助成申請書」を医療機関等へ提出します。
- ②医療機関等では、1カ月1医療機関（1レセプト）ごとに「助成申請書」を1枚ご記入いただき、診療の翌月のレセプト請求締切日までに到着するよう、宮城県国民健康保険団体連合会へ送付をお願いします。（レセプト請求締切日を過ぎて到着した場合は、翌月到着分扱いとなります。）
- ③仙台市では、宮城県国民健康保険団体連合会から受領した助成申請書に基づき助成額を計算し、後日受給者の口座に助成金を振り込みます。

（2）助成申請書の提出が不要となる方

ア 心身障害者医療費助成対象者で、仙台市国民健康保険または宮城県後期高齢者医療制度に加入中の方

イ 母子・父子家庭医療費助成対象者で、仙台市国民健康保険に加入中の方
上記ア・イに該当する方は「助成申請書」の提出は不要です（**仙台市国民健康保険に加入中の方は平成30年4月診療から提出不要です**）。保険者からのレセプト情報を基に助成額を計算するため、医療機関等窓口では「医療費受給者証」の確認のみをお願いします。

※上記ア・イ以外の方は「助成申請書」の提出が必要です。

3 医療費受給者証について

各制度の受給者に交付される「医療費受給者証」には次の種類があります。各医療費受給者証の名称、受給者、対象者の氏名や有効期間等を明記しておりますので、受付の際には必ずご確認をお願いします。

心身障害者医療費受給者証	黄色の受給者証です。医療費の助成割合について「全額」または「3分の2」を印字しています。
母子・父子家庭医療費受給者証	水色の受給者証です。

【参考】子ども医療費受給者証は、ピンクの受給者証です。

4 子ども医療費助成との併用について

子ども医療費助成制度と、心身障害者または母子・父子家庭医療費助成制度は、併用が可能です。その場合、子ども医療費助成制度が優先となり、利用者一部負担金について心身障害者または母子・父子家庭医療費助成が利用できます（母子・父子家庭医療費助成の場合は、上記1に記入の控除額を超える自己負担金がある場合）。併用の際には必ず「助成申請書」の「本人の負担金額」欄と「公費・特定疾病の有無」欄に記入し、下部〔注5〕「08 その他公費医療」の「子ども医療」に○印をしてください。

また、子ども医療費助成制度と併用せず、心身障害者または母子・父子家庭医療費助成制度のみを利用することも可能です。ただし、同じ月に同じ医療機関で複数回の診療があった場合に、その都度異なる助成制度を使い分けることはできません。

5 助成申請書について

受給者が医療機関等に提出する「助成申請書」は「医療費受給者証」と同色（「心身障害者」は「黄色」、「母子・父子家庭」は「水色」）のA4の用紙です。

※他の公費負担制度により、1カ月の自己負担額が0円の場合は「助成申請書」の提出は不要です。

（1）提出枚数について

1カ月に1枚提出する必要がありますが、次の場合は複数枚の提出が必要となります。

- ・総合病院において、医科と歯科の診療を受けた場合は各1枚。
- ・同月内に外来と入院の両方があった場合は各1枚。
- ・公費・特定疾病診療対象の方で、一般診療と公費等の診療がある場合は各1枚。
- ・保険調剤薬局において、複数の医療機関から処方箋が出されている場合は、医療機関ごとに1枚。
- ・月途中で保険変更がある場合は、保険者番号ごとに1枚。

（2）記入方法について

記入もれがありますと助成金の過払いとなりますので、4ページの記入例と下記を参照のうえ、ご記入をお願いいたします。

「助成申請書」の上部の受給者記入欄に記入もれや、受給者番号・診療年月・区分の記入誤りがある場合には助成金の支給ができないことがありますので、正しく記入されているかご確認いただいた上で受理されますようお願いいたします。

●助成申請書の様式及び記入方法の主な変更点

記入欄 (番号は4ページ参照)		記入方法
②処方せん交付医療機関コード		処方せんによらない保険診療（外来服薬支援料等）の場合は、「処方せんなし」欄に「1」と記入してください。「処方せん交付医療機関コード」と「処方せん交付医療機関名」は記入不要です。
③保険者番号		受給者より提示のあった健康保険証の保険者番号を右寄せでご記入ください。 ※月途中で保険変更がある場合は、保険者番号ごとに助成申請書をご記入ください。
④限度額適用認定証・高齢受給者証等の区分		提示があった場合のみ記入してください。
療養の給付等	⑦本人の負担金額 (保険対象分のみ)	必ず記入をお願いします。 ※公費・特定疾病診療がない場合は、1カ月に対象者が実際に支払った一部負担金（自己負担額）を記入してください。 ※公費・特定疾病診療がある場合は、1カ月に対象者が実際に支払った <u>公費等適用後の一部負担金（自己負担額）</u> を記入してください。
	⑧公費・特定疾病の有無	必ず記入をお願いします。 公費・特定疾病診療がない場合⇒「無」に○印をしてください。 公費・特定疾病診療がある場合⇒「有」に○印をし、助成申請書の下部の〔注5〕から該当する番号をご記入ください。 (例：06 自立支援医療（更生医療）⇒「06」)
診療分 訪問看護	⑪本人の負担金額 (当該診療月分の合計)	「⑦本人の負担金額（保険対象分のみ）」と同様に記入してください。
	⑫公費・特定疾病の有無	「⑧公費・特定疾病の有無」と同様に記入してください。

●旧様式の助成申請書の記入方法

旧様式に沿ってご記入の上、公費・特定疾病診療がない場合は、「公費による自己負担額」欄付近に「公費なし」とご記入いただきますようご協力をお願いいたします。

●助成申請書のダウンロードサービスについて

仙台市ホームページにて助成申請書のダウンロードが可能となっています。

白色の用紙へ印刷されたものでも助成は可能ですので、窓口で白色の助成申請書が提出された場合でもお受け取りいただき、ご提出くださいますようお願いいたします。

6 助成申請書の記入例

- 助成申請書上部の受給者記入欄(受給者番号・診療年月・区分)が正しく記入されているか確認をお願いいたします。
●下記記入欄につきまして、できるだけ鮮明にご記入いただきますようご協力よろしくお願い申し上げます。
●ご記入にあたっては、下記⑬の注釈(助成申請書内の説明書き)もご参照ください。

①ゴム印を押印、または手書きで記入してください。手書きの場合は電話番号も記入してください。

※医療機関コードは医科041・歯科043・薬局044・訪問看護046を先頭に付けて、10桁で記入してください。柔道整復・マッサージ施術所は医療機関コードを空欄でご提出ください。
※平成31年4月以前のゴム印には開設者氏名がございましたが、そのままご利用ください。

【保険医療機関、保険調剤薬局、柔道整復施術所の場合】

①③⑤⑦⑧は必ずご記入ください。

④は提示があった場合に記入してください。
⑥は入院の場合のみ記入してください。

(例) 9日→09

保険調剤薬局の場合は②も必ずご記入ください。

【訪問看護ステーションの場合】

①③⑨⑩⑪⑫は必ずご記入ください。

④は提示があった場合に記入してください。

⑩は2ケタで記入してください。

(例) 9回→09

⑦⑧⑪⑫は、公費・特定疾病診療の有無に関わらず、必ずご記入ください。

医療機関等記入欄										※各項目は右寄せでご記入ください。																
1 医療機関コード (ゴム印を数字の下に合わせてください。)										3 保険者番号【注1】 (保険証を見て記入してください。)							限度額適用認定証・高齢受給者証等の区分【注2】 (提示があった場合、該当する区分に○印)									
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	4						
0	4	1	5	1	1	1	1	1	1	1	2	3	4	5	6	7	8	70歳以上	負担割合:3割・2割・1割 区分:現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ・一般・低Ⅰ・低Ⅱ							
医療機関等の所在地 仙台市○○区○○-○-○										診療点数等							8 公費・特定疾病の有無【注5】									
医療機関等の名称 ○○クリニック																	9 有									
電話番号 ○○○-○○○○										療養の給付等【注3】							10 入院日数									
2 処方せん交付医療機関コード										38 5							41 42 43 44 6									
4 75 76 77 78 79 80 81 82 83										3 0 0 0 0 0 3							7 1 0 0 0 0 0 9									
処方せん交付医療機関名										訪問看護療養分(保険対象分のみ)							11 総費用額									
84										56 9							66 10									
処方せんによらない保険診療(外来服薬支援料等)の場合は「1」をご記入ください。										69 70 71 無・有							12 本人の負担金額【注4】(当該診療月の合計)									
備考欄										13							14									
備考欄は連絡事項等にご利用ください。										【注1】月途中で保険変更がある場合は、保険者番号ごとに医療費助成申請書をご記入ください。							【注2】70歳以上の方は負担割合もご記入ください。また、宮城県以外の後期高齢者医療制度に加入されている方は、70歳以上の欄にご記入ください。									
										【注3】接骨・鍼・灸・マッサージの場合は、保険診療の費用額を「診療点数」の欄に記入してください。							【注4】本人が実際に支払った一部負担金額を必ずご記入ください。公費・特定疾病診療がある場合は適用後の額をご記入ください。									
										【注5】公費・特定疾病診療の有無に関わらず、必ずご記入ください。公費・特定疾病診療なし:「無」に○印をつけてください。公費・特定疾病診療あり:「有」に○印をつけて、下のいずれかの該当番号をご記入ください。																
										01 感染症法第37条(入院)							02 感染症法第37条の2(通院)									
										03 精神保健福祉法(措置入院)							04 自立支援医療(精神通院)									
										05 自立支援医療(育成医療)							06 自立支援医療(更生医療)									
										08 その他公費医療 名称:指定難病・子ども医療・その他()																
										09 特定疾病(マル長):一部負担金上限1万円																
										10 特定疾病(マル長):一部負担金上限2万円																
										※特定疾病(マル長)、更生医療等の公費負担制度該当者について、公費分と一般診療分がある場合は、それぞれ別の医療費助成申請書に記入してください。																
										※特定疾病(マル長)と更生医療を併用する場合は、上の「公費・特定疾病の有無」欄に「06」、「本人の負担金額」欄に更生医療適用後の額を記入してください。																
										※その他の公費医療(08番)の場合は、該当する名称に○印をつけるか「その他」欄に名称を記入してください。																