



障 第 3 1 2 3 号
平成 2 6 年 1 0 月 1 4 日

山梨県内 { 保険医療機関
保 険 薬 局
指定訪問看護事業所 } 開設者 様

山梨県福祉保健部長



重度心身障害者医療費助成制度の自動還付方式移行について（通知）

日頃から本県の障害福祉行政に御理解と御協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、本県の重度心身障害者医療費助成制度（公費 83）については、これまで窓口無料方式で実施してきましたが、国は、この方式では医療費が増加し、国民健康保険財政を悪化させるとして、本来は国が支払うべき負担金を支払わないという、いわゆるペナルティを課しています。このペナルティは年々増え続けて年間約 9 億円に達しており、これまでは、やむなく県と市町村で毎年その補てんを行ってきました。

しかし、その金額があまりに大きく、今後もさらに増加が見込まれるため、県、市町村財政の大きな圧迫要因になりつつあります。このため、全額助成という制度の根幹を変えずにペナルティを回避することができる「自動還付方式」に、助成方法を変更することとし、平成 26 年 11 月 1 日から実施することといたしました。

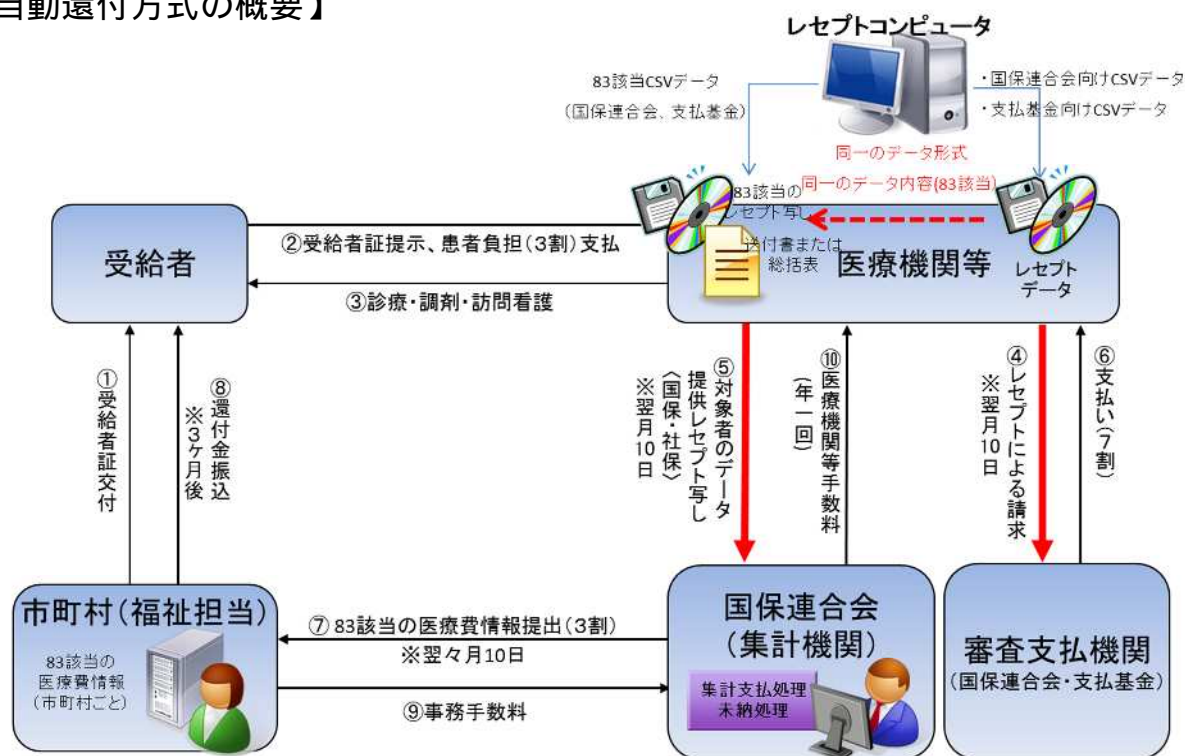
制度移行の趣旨を御理解いただくとともに、受給者のレセプト写しの国保連合会への提出等、移行後の制度実施にあたっての御協力をお願い申し上げます。

なお、制度移行に係る補足説明と注意点について添付していますので、御確認をお願いします。

対象の医療費助成制度	重度心身障害者医療費助成制度（公費 83）
償還方法	自動還付方式（自己負担額のいったんの支払い後、支払った金額が約 3 か月後に受給者の事前登録口座に振り込まれる方式）
実施主体（変更なし）	市町村（公費負担は県 1 / 2、市町村 1 / 2）
対象者（変更なし）	身体障害者手帳 1 ～ 3 級所持者、療育手帳 A 所持者、精神障害者保健福祉手帳 1 ・ 2 級所持者等
助成内容（変更なし）	保険診療（調剤、訪問看護）の本人一部自己負担額（窓口負担額）
窓口での自己負担	有り（上記助成内容の一部自己負担額をいったん窓口で支払い、その全額が自動還付方式により助成される）
他の公費負担制度との関係（変更なし）	①国の公費負担制度が適用される場合は、国の制度を優先する。ただし、生活保護法適用者については、生活保護を優先するため、対象外とする。 ③公費負担医療によっても、なお一部自己負担額がある場合は、その額を助成対象とする。
集計支払事務	自動還付方式に係る集計支払事務は、山梨県国民健康保険団体連合会（国保連合会）に委託して行うものとする。

※ 裏面も御確認をお願いします

【自動還付方式の概要】



現在、同じ窓口無料方式で実施しております乳幼児医療費助成制度（公費 81）、ひとり親家庭医療費助成制度（公費 82）については、変更ありませんので御注意ください。

レセプト写しは、できる限り磁気媒体での提出とさせていただきますようお願いいたします。

【添付した資料の説明】

	内容	対象
別紙 1	重度心身障害者医療費助成受給者に係る公費 51,52,38 の医療費証明書の取扱いについて	医科、薬局、訪問看護、歯科の一部（契約歯科）
別紙 2	未来院請求の取扱いについて	歯科
別紙 3	[電子・紙]レセプト写し提出前チェックリスト (レセプト写し提出の前に、このチェックリストにて点検をお願いします)	すべての医療機関、薬局、訪問看護事業所
別紙 4	F A X 送付書 (説明会資料「医療機関等向け Q & A 集」P.5 問 12 のとおり、27 年 3 月までの期間でレセプト写しの提出が無い場合は、F A X にて御連絡をお願いします)	すべての医療機関、薬局、訪問看護事業所

自動還付方式実施に係る事務処理については、5～6月に開催しました説明会の資料「重度心身障害者医療費助成制度医療機関等向け事務処理マニュアル」、「医療機関等向け Q & A 集」にて御確認ください。(県障害福祉課、国保連合会ホームページに掲載しています。)

山梨県福祉保健部障害福祉課心の健康担当
 TEL: 055-223-1495 FAX: 055-223-1464
 E-Mail : shogaifks-judo@pref.yamanashi.lg.jp

重度心身障害者医療費助成受給者に係る公費51、52、 38の医療費証明書の取扱いについて

別紙1

次の から の公費医療の受給者が、受給者証発行前などに対象医療費の償還払い申請のために医療機関等に証明を依頼する「医療費証明書」について、次のとおり取扱いをお願いします。

法別番号 51	特定疾患治療研究事業
法別番号 52	小児慢性特定疾患治療研究事業
法別番号 38	肝炎治療特別促進事業

外来
調剤 の場合
訪問看護

公費51、52、38すべて証明不要
(保険診療分は、重度心身障害者医療費助成事業で助成されるため)

入院の場合

公費38は証明不要、公費51、52のみ発行
(食事療養費、生活療養費が当面は公費51、52の助成対象のため、
証明書を裏面記入例のとおり発行)

- 難病法(H27.1.1施行)による入院時食事療養費、生活療養費助成の経過措置期間(3年)経過後は、重度心身障害者医療費助成受給者に係る公費51,52,38の医療費証明書発行は、介護給付費を除き不要になります。なお、公費51は、H27.1.1難病法施行後は法別番号54に変更になります。

公費51,52入院の場合の記入例は裏面参照

これは特定疾患の例ですが、小児慢性特定疾患も同様の記載をお願いします。

特定疾患医療費等証明書 【記入例】

受 給 者	住所	甲府市丸の内1丁目 -	公費負担者番号 51196012 · 51196020
	(フリガナ) 氏名	やまなし たろう 山梨 太郎	受給者番号 ×××××××
	保険種別	国保 · 退職 · 国組 · 協会 · 組合 · 共済 · 後期 その他	自己負担割合 <u> 3 </u> 割
	有効期限	平成 26 年 10 月 1 日 から 平成 26 年 12 月 31 日 まで	

上記の者に対する、特定疾患の医療費・介護給付費は次のとおりであることを証明します。

平成 26 年 12 月 日

医療機関等 所在地 甲府市丸の内

名 称 病院

氏 名 院長

印

金 89,450 円 (窓口支払総額欄の合計額)

重心の受給者は保険種別の「その他」にマルを付け、余白に「重心」と記入してください。

内 訳

診療月	入院・入院外の別等	総診療点数等	(特定疾患分診療点数等)	窓口支払総額	
26 年 11 月 分	入 院	医療費	10 日 50,000 点	(10 日 50,000 点)	82,430 円
		食事療養費	27 食 × 260 円 =	7,020 円(特定疾患分のみ)	7,020 円
	入 院 外	医療費・調剤	日 点	(日 点)	円
		基本利用料	円	円	円
年 月 分	入 院	医療費	日 点	(日 点)	円
		食事療養費	食 × 円 =	円(特定疾患分のみ)	円
	入 院 外	医療費・調剤	日 点	(日 点)	円
		基本利用料	円	円	円
年 月 分	入 院	医療費	日 点	(日 点)	円
		食事療養費	食 × 円 =	円(特定疾患分のみ)	円
	入 院 外	医療費・調剤	日 点	(日 点)	円
		基本利用料	円	円	円

重心(83) 受給者に未来院請求がある場合のレセプト写し提出の取扱いについて

レセプト請求に未来院請求(1)があり、かつ、それが重心(83)受給者である場合は、自動還付するためのレセプト写しも作成されることとなります。本方式の場合、このままでは受給者が支払っていない医療費も自動で口座に還付されることとなります。

このため、この場合は裏面を参考に**医療費未納情報表を作成していただき、レセプト写し提出の翌月10日までに提出をお願いします。**これにより、自動還付を止める手続きを行うこととなります。

(1) 未来院請求・・・歯冠修復物を製作後に患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合等に、装着予定日から起算して1月以上経過した上で行うレセプト請求行為。

公費83における未来院請求レセプトの例(平成26年11月診療分以後)

摘要	山梨県自動還付8319XXXX ○○○○○○ 未装着予定 H26/11/7 種類: 硬質レジンジャケット冠 理由: 患者の都合により中断	公費分	請求	点	合計	1000	点
		点数	決定	点			
		患者負担額(公費)		円	決定		点
		高額療養費		円	一部負担金額	減額免除	円

3割負担の受給者の場合、このままでは3割分が受給者の口座に自動還付されることとなります。
 保険請求 : 1000点 × 10円 × 7割 = 7,000円
 自己負担予定額 : 1000点 × 10円 × 3割 = 3,000円

レセプト写し提出の翌月10日までに、「医療費未納情報表」を提出してください

(参考) 医療費未納情報表への記載方法について

未来院請求の対象となる受給者について、医療費未納情報表へ必要情報を記載して提出をお願いいたします。

この際、備考欄へ「未来院請求」と記載をお願いします。

(点数や負担金額の記載は不要です)

【注意事項】

市町村(公費負担者番号)ごとに分けて作成してください。

帳票につきましては、Excel形式及びPDF形式の電子ファイルで提供しますので、山梨県国保連合会のホームページよりダウンロードして印刷してください。

(<http://www.ymnkokuhoh.or.jp/>)

医療費未納情報表
(重度心身障害者医療費助成用)

保険医療機関等番号を記載

当月の提出枚数を記載

レセプト写し提出年月を記載

公費負担者番号を記載

未来院請求該当者の情報を記載

医療機関等情報を記載し、捺印

担当者名と問合せ先電話番号を記載

提出年月
平成 年 月

提出年月

公費負担者番号
8 3 1 9

公費負担者番号

保険医療機関等コード
1 9

保険医療機関等所在地及び名称

担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号

担当者 tel

項番	診療年月	受給者番号	医療保険種別	被保険者証の記号・番号	備考
1	26年11月	1234567	国保	〇〇123456789	未来院請求
2					
3					
4					
15					

今月の提出枚数
枚目/全 枚

未来院請求該当者の情報を記載

- ・診療予定年月
- ・受給者番号
- ・保険種別 (国保/後期/退職/社保)
- ・被保険者証の記号・番号
- ・備考へ「未来院請求」と記載

医療機関等情報を記載し、捺印

担当者名と問合せ先電話番号を記載

※窓口患者負担金が未納となっている場合に、この帳票を作成してください。
 ※公費負担者番号ごとに記入し、レセプト写し提出月の翌月10日までに国保連合会にご提出ください。
 ※診療年月は、和暦(年号は省略可)で「〇年〇月」と記載してください。
 ※医療保険種別は、「社保」「国保」「後期」「退職」「社保」を記載してください。
 ※窓口で、毎月同一受給者で入院・入院外の両方のレセプト写しを作成した場合は、前者欄に「入院」または「外来」を記載してください。
 ※同時に同一受給者で地方医療機関が異なるレセプト写しを作成した場合は、前者欄に地方医療機関を記載してください。

【別添 レセプト写し提出前チェックリスト】

➤ 電子レセプト写し提出前チェックリスト

No.	電子レセプト写しチェック項目	確認																				
1	診療(調剤)報酬請求用レセプトは作成を完了していますか。																					
2	レセプト写し電子データは作成しましたか。																					
3	<p>作成したCD-R(またはFD、MO)に、指定されたファイル名のレセプト写し電子ファイルが支払基金分と国保連合会分の2種類、記録されていますか。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">点数表区分</th> <th>支払基金分</th> <th>国保連合会分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>医科</td> <td>JUDOC7.CSV</td> <td>JUDOC8.CSV</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>DPC</td> <td>JUDOD7.CSV</td> <td>JUDOD8.CSV</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>歯科</td> <td>JUDOS7.CSV</td> <td>JUDOS8.CSV</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>調剤</td> <td>JUDOY7.CSV</td> <td>JUDOY8.CSV</td> </tr> </tbody> </table> <p>それぞれに該当の患者情報がない場合は1つのみの場合もあり得ます 審査支払機関に請求する診療(調剤)報酬請求用レセプトの電子ファイルは含めないでください</p>	点数表区分		支払基金分	国保連合会分	1	医科	JUDOC7.CSV	JUDOC8.CSV	3	DPC	JUDOD7.CSV	JUDOD8.CSV	4	歯科	JUDOS7.CSV	JUDOS8.CSV	6	調剤	JUDOY7.CSV	JUDOY8.CSV	
点数表区分		支払基金分	国保連合会分																			
1	医科	JUDOC7.CSV	JUDOC8.CSV																			
3	DPC	JUDOD7.CSV	JUDOD8.CSV																			
4	歯科	JUDOS7.CSV	JUDOS8.CSV																			
6	調剤	JUDOY7.CSV	JUDOY8.CSV																			
4	電子レセプト写し送付書を作成して、捺印の上添付していますか。																					
5	電子レセプト写し送付書のレセプト写し件数および点数は公費83該当受給者分のみ抽出された値となっていますか(異常値ではありませんか)。																					
6	CD-R(またはFD、MO)のレーベル面に必要項目はすべて記入していますか。																					
7	レセプト写しの郵送先(提出先)は山梨県国保連合会になっていますか(社会保険診療報酬支払基金への提出はありません)。																					

➤ 紙レセプト写し提出前チェックリスト

No.	紙レセプト写しチェック項目	確認
1	診療(調剤、訪問看護療養費)報酬請求用レセプトは作成を完了していますか。	
2	公費83該当のレセプトを抽出し、ピンクの紙若しくは所定の位置に朱書きで83の記入されたレセプト写しを作成していますか。	
3	紙レセプト写しに公費83情報である「山梨県自動還付8319XXXXXXXXXXXX」が、指定した位置に記載(印字)されていますか。	
4	人工透析の調剤費、他の公費併用等により患者の窓口負担額が発生しないレセプト写しを除外してありますか。	
5	紙レセプト写し総括表を作成し、捺印の上添付していますか。	
6	紙レセプト写し総括表に市町村別のレセプト写し件数および点数は記載されていますか(異常値ではありませんか)。	
7	レセプト写しの郵送先(提出先)は山梨県国保連合会になっていますか(社会保険診療報酬支払基金への提出はありません)。	

F A X 送 信 票

平成 年 月 日

【送 信 先】 山梨県国民健康保険団体連合会
審査管理課 管理第三係
(FAX 番号 : 055-233-1204)

【送付枚数】 1 枚 (本票含む)

【内 容】

平成____年____月提出分の重心レセプト写しはありません。

保険医療機関 (薬局) コード :

--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関等名称 : _____

担当者名 : _____

以上