

重度心身障害者医療費助成事業  
(自動償還) 事務取扱マニュアル

【医療機関 (医科・歯科・調剤)】

平成 30 年 1 月

沖縄県障害福祉課

# 目 次

1	重度心身障害者医療費助成事業の概要	2
2	重度心身障害者医療費助成事業「自動償還」制度導入に伴う医療機関等の事務について	3
3	自動償還方式の事務処理方法	5
4	沖縄県国民健康保険団体連合会への報告方法	7
5	各種様式関係	
	重度心身障害者医療費助成受給資格証	8
	医療費自己負担額支払報告兼請求書	9
	医療費自己負担額支払明細書	10
	重度心身障害者医療費返戻等差額発生報告書	12
6	参考資料	
	重度心身障害者医療費助成事業自動償還実施予定市町村一覧	13
	関係機関連絡先	14

## 重度心身障害者医療費助成事業の概要

### 1 制度の趣旨

重度心身障害者に対し、医療費の一部を助成することにより、福祉の増進を図ることを目的とする。

### 2 実施主体 市町村

### 3 助成の方法

重度心身障害者が医療費に要した健康保険等の自己負担分を市町村が助成し、県は市町村が助成した経費の2分の1以内の額を市町村へ補助する。

### 4 制度の経過

- ・平成3年度から県の単独補助事業として重度心身障害者を対象に助成制度を開始した。
- ・平成18年8月1日より、入院時食事療養費を補助対象経費から除外。

### 5 制度の概要

対象者	身体障害者手帳の1級又は2級、療育手帳の最重度（A1）又は重度（A2）のいずれかに該当するもの	助成対象	医療保険各法の適用を受ける医療費の自己負担金（高額療養費等は控除）
所得制限	障害児福祉手当所得制限額に準ずる	一部負担金	なし
給付方法	償還払い→自動償還へ移行	補助率	県 1/2 市町村 1/2

### 6 沖縄県重度心身障害者医療費助成事業の自動償還制度移行について

- ・重度心身障害者医療費助成対象者が県内医療機関等で受診した場合、自己負担金を医療機関等へ支払い、その後、診療データが医療機関等から沖縄県国民健康保険団体連合会を経由し市町村へ送られ、受給者が市町村へ申請手続きを行わなくても、助成対象者（保護者）へ自動的に医療費が助成される制度。
- ・全ての保険診療医療費（入院・通院）が対象となる。
- ・市町村は、対象者へ「受給資格者証（自動償還）」（県内統一様式）を配布。

## 重度心身障害者医療費助成「自動償還」制度導入に伴う医療機関等の事務について

### 1 医療機関における事務の内容について

#### (1) 受給資格者証（自動償還）の確認

重度心身障害者医療費助成制度の受給資格者であることを窓口で確認をお願いします。

受給資格者証は、県内統一の仕様になります（色：空色）

#### (2) 診療等に係る一部負担金の徴収

対象の重度障害者が受けた保険適用となる医療費について、従来どおり、保険負担割合に基づき、3割等の一部負担金（自己負担金）を徴収されるようお願いします。

#### (3) 「医療費自己負担額支払報告兼請求書」（第1号様式）及び「医療費自己負担額支払明細書」（第1号様式（別紙））の作成

月毎に作成し、期限までに沖縄県国民健康保険団体連合会へ持参、または送付等により提出するようお願いします。

【提出期限】	紙での報告	毎月10日まで
	電子媒体での報告	毎月15日まで
	オンラインでの報告	毎月15日まで

※提出期限が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとします。

※提出期限を過ぎた場合は、翌月の受付扱いとなります。

#### 【電子データで報告する場合】

- ・上記明細書を電子データで報告する場合は、レセコン等のシステム改修が必要となります。
- ・「自己負担額支払明細データレコード仕様」に基づき、作成をお願いします。
- ・自己負担額支払明細書作成要領については、沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページに掲載しています。<http://www.okikoku.or.jp/ashoukan/>

#### 「医療費自己負担額支払明細書」の報告対象について

- ① 保険適用の診療分のみの報告となります。
- ② 報告時点において、同一診療月の診療に係る自己負担額が全額支払い済の場合に国民健康保険団体連合会へ報告対象とします。
- ③ 未払いがある場合は国民健康保険団体連合会への報告はせずに、領収書による市町村窓口での償還払い（自動償還ではない）になりますので、保護者へ申し添えをお願いします。

- ④ 未払いにより報告できなかったものについては、医療機関において全額支払いが済んだことが確認でき、かつ、医療機関において報告可能な場合は月遅れ分として報告することができます。

※「支払い」とは、入院時の場合は自己負担支払額と食事療養費の両方を指しており、いずれかに未払いがある場合は報告の対象としません。

- (4) 重度心身障害者医療費返戻等差額発生報告書の作成について  
上記(3)提出後に受給資格者の負担すべき医療費について過不足が発生し、その精算を行った場合は、その都度、該当市町村あて「重度心身障害者医療費等返戻等差額発生報告書」(第3号様式)の提出をお願いします。

※自己負担額に変更がある場合のみ提出してください。

※市町村の連絡先については、事務取扱マニュアル(本書)の参考資料「関係機関連絡先」をご参照ください。

## 2 事務手数料について

- (1) 医療費自己負担額支払明細書の作成に要する事務手数料として、診療報酬明細書または調剤報酬明細書ごとに1件(レセ)当たり16円(消費税相当額及び地方消費税相当額を含む。)を交付します。
- (2) 事務手数料の交付は毎月、沖縄県国民健康保険団体連合会を通して、診療報酬の口座へ振り込みます。

## 保険医療機関等における自動償還方式の事務処理方法

① 重度心身障害者医療費助成制度の受給資格者であることを「受給者資格証（自動償還）」で確認する。



② 国保・社保等による一部負担金を窓口で徴収する。



③ 窓口で徴収した一部負担金を「医療費自己負担額支払明細書」に転記（入力）する。



④ ③で作成した「医療費自己負担額支払明細書」を国保連合会に提出する。



⑤ 「医療費自己負担額支払明細書」報告後に自己負担額に変更が生じた場合は、市町村に報告する。

### ① 重度心身障害者医療の受給資格を確認する。

#### 【保険証との突合確認】

国保・社保等保険証と重度心身障害者医療の受給者資格証との照合を行い、氏名や生年月日等により同一人物であることを確認します。

#### 【有効期限の確認】

診療を受けようとする日が、受給者資格証に記載の資格対象期間内であるかを確認します。

「保険証」と「受給者資格証」との双方を確認してください。利用者の方には、「受給者資格証」は診療の都度提示するようお願いをしておりますので、窓口での確認について御協力をお願いします。

市町村により有効期間齢が異なる場合があります。受給者資格証には有効期間を明記してあります。有効期間を過ぎている場合は、利用することができません。

### ② 診療等に係る一部負担金を窓口にて徴収する。

#### 【自己負担額の窓口徴収】

対象者が受けた保険適用となる医療費について、国保・社保等の規定による負担割合に基づき、一部負担金（自己負担額）を徴収します。

これまでと同様、保険負担割合の3割等の一部負担金を利用者に支払ってまいります。自動償還方式は、償還払いの一つですので、利用者の方へいったんお支払いいただいた後に、助成を行います。

### ③ 医療費自己負担額支払明細書を作成する。

#### 【窓口で徴収した自己負担額の記録】

月毎の集計額を「医療費自己負担額支払明細書」に記載するため、窓口徴収した自己負担額をその都度記録します。

保険適用外診療は助成対象外です。

#### 【医療費自己負担支払明細書の記載】

(手作業による場合)

記録しておいた窓口徴収の自己負担額を診療月で累計し、受給者に関する他の基本情報とあわせて、明細書に転記します。

#### 【医療費自己負担支払明細書の作成】

(入力ソフト、レセコンによる場合)

報告用データは、沖縄県国民健康保険団体連合会の示しているデータレコード仕様に従って提出をお願いします。

データレコード仕様及び入力ソフトによる作成方法については、沖縄県国民健康保険団体連合会から提供されるマニュアルをご覧ください。

### ④ ③で作成した『明細書』を提出（報告）する。

#### 【医療費自己負担支払明細書の提出】

作成した医療費自己負担支払明細書を、診療月の翌月の 10 日（電子媒体での提出については、診療月の翌月の 15 日）までに沖縄県国民健康保険団体連合会に提出します。

医療機関番号は、レセプト作成で使用しているものと同じです。

提出の期限を過ぎると、次回（翌月）の受付扱いになります。受付扱いになります。

また、受給者への助成金振込も遅れますので、ご注意ください。














### ⑤ 自己負担額等に変更が生じた場合は、市町村へ報告する。

#### 【差額発生報告書の提出】

④の医療費自己負担額支払明細書を提出後に自己負担額等に変更が生じた場合は、差額発生報告書を作成して、対象の受給者の居住する市町村に提出します。

通常の事務は④までで終わりです。自己負担額等に変更が生じた場合は、市町村への報告をお願いします。

医療機関から沖縄県国民健康保険団体連合会への報告方法について

方法	医療機関の状況	処理を行うための機器等の条件	自己負担額支払明細情報作成方法	報告媒体	ファイル名	報告方法
1 手作業による処理	 カルテ   レセプト   パソコン	・特になし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定められた様式(紙)またはExcelファイルへ自己負担額支払明細情報を記載する(Excelファイルで作成した場合は、紙へ出力する。)</li> <li>・利用者の情報は、カルテ、レセプト等から入手する。</li> </ul>	定められた様式(紙)	—	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付)  報告期限: 毎月10日
2 入力ソフトによる処理	 カルテ   レセプト   パソコン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パソコンが必要</li> <li>・入力ソフトのインストールが必要(沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページから無料でダウンロードできる。)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パソコンへインストールした入力ソフトを用いて、自己負担額支払明細情報を入力後、報告データを出力する。</li> <li>・利用者の情報は、カルテ、レセプト等から入力する。</li> </ul>	各種電子媒体   【CD-R、DVD-R、MO、FD、USBメモリ】	<b>【電子媒体で報告の場合】</b> 報告年月日(6桁) + ' ' + 医療機関番号(10桁) + ' ' + 出力日付(8桁)[yyyymmdd]  例) 201611_4719999999_20160601.csv ・報告年月: 平成28年6月 ・医療機関番号: 4719999999 ・出力日付: 平成28年6月1日	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付)  報告期限: 毎月15日
3 レセコンによる処理	 カルテ   レセプト	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レセコンが必要</li> <li>・レセコン提供元によるシステム改修が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レセコンから自己負担額支払明細情報の報告データを出力する。</li> </ul>	各種電子媒体   【CD-R、DVD-R、MO、FD、USBメモリ】	同上	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付)  報告期限: 毎月15日
4 オンライン報告	 カルテ   レセプト   パソコン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インターネットへ接続できるパソコンが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レセコンから自己負担額支払明細情報の報告データを作成。</li> <li>・手入力</li> </ul>	—	同上	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (オンラインシステムへ接続し対象データを報告)  報告期限: 毎月15日



重度心身障害者（児）医療費助成受給者証 統一様式

【 表 】

〇〇市重度心身障がい者（児）医療費助成受給資格者証 （自動償還）				そらいろ
事業番号	03	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇（10桁）	
受給者	住 所			
	フリガナ		性別	
	氏 名			
	生年月日			
加入保険	被保険者氏名			
	保険者名称			
資格取得年月日				
有効期間				
備考				
平成 年 月 日				
〇〇市長 印				

9.2cm

13cm

	重度医療費助成
色	空 色
サイズ	縦 13cm×横 9.2cm
受給者番号	10 桁（県内統一）
事業番号	03
有効期間	市町村毎で設定

※市町村で不要な欄は、「\*」を記載して使用する。

第 1 号様式

平成 年 月 日

医療費自己負担額支払報告兼請求書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関等番号		
県番号	点区分	医療機関コード
47		

医療機関名称 印  
 電話番号  
 住所

医療費自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

事業 番号	診療年月	平成	年	月
報告件数・自己負担額金額計（自動償還）				
1	こども医療費		件	円
2	母子及び父子家庭等医療費		件	円
3	重度心身障がい者（児）医療費		件	円
請求件数・請求金額計（現物給付）				
6	こども医療費		件	円

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。





第 4 号様式

### 重度心身障がい者（児）医療費返戻等差額発生報告書

〇〇市町村長 殿

機関コード

医療機関所在地  
医療機関名称  
開設者  
電話

下記のとおり報告します

平成 年 月 日



① 票 NO.	受給者情報に関する基本情報			② 前回送付の診療情報等			⑤ 差額発生後の診療情報等			備 考 (発生理由等)
	公費番号	受給者番号	生年月日 年 月 日	④ 診療年月 区 分 年 月 日	合計点数 (a)	自己負担 支払額 (b)	合計点数 (a)	自己負担 支払額 (b)	⑥ 自己負担 支払額の差額	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

※この報告書は、各市町村長へ提出する。  
 ※報告書が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。  
 ①「専業」欄は、重度心身障がい者（児）医療費助成事業コードの「3」を記入する。  
 ②「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国民健康保険団体連合会に提出した内容を記入する。  
 ③「診療年月」欄は、元号を昭和は「3」、平成は「4」で記入する。  
 ④「区分」欄は、入院は「1」、入院外は「2」を記入する。  
 ⑤「差額発生後の診療情報等」欄は、変動後の内容を記入する。  
 ⑥「自己負担支払額の差額」欄は、実際に医療機関等の窓口で受給者との間に生じた支払い額の差額を記入する。

(頁/総枚数)

/

重度心身障害者医療費助成事業自動償還実施予定市町村一覧

H29.12.22現在

No	実施時期(予定含む)		市町村
1	平成30年度	8月	那覇市
2			宜野湾市
3			石垣市
4			浦添市
5			沖縄市
6			うるま市
7			国頭村
8			金武町
9		南風原町	
10		10月	豊見城市
11			北中城村
12		未定	大宜味村
13			座間味村
14			渡名喜村
15			伊平屋村
16	平成31年度	4月	竹富町
17		6月	東村
18		7月	名護市
19		8月	糸満市
20			宮古島市
21			南城市
22			今帰仁村
23			中城村
24			西原町
25			渡嘉敷村
26		9月	本部町
27		10月	久米島町
28		未定	宜野座村
29			八重瀬町
30	平成30年度又は平成31年度に実施予定		北谷町
31			粟国村
32	自動償還への移行を希望するが 実施時期は未定		恩納村
33			伊江村
34			読谷村
35			嘉手納町
36			与那原町
37			伊是名村
38			多良間村
39	現行どおり償還払いを希望		南大東村
40			北大東村
41			与那国町

## 関係機関連絡先

■ 沖縄県重度心身障害者医療費助成事業

事務取扱マニュアル・様式のダウンロード

沖縄県のホームページから

トップページ → 県の組織 → 子ども生活福祉部 → 障害福祉課

■ 沖縄県重度心身障害者医療費助成事業全般に関するお問い合わせ

沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課 地域生活支援班

〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号

TEL: 098-866-2190 FAX: 098-866-6916

■ 重度心身障害者医療費自己負担額明細書送付先・システム関係に関するお問い合わせ

沖縄県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 情報管理係 重度心身障害者医療費助成事業担当

〒900-8559 沖縄県那覇市西3丁目14番18号(国保会館)

TEL: 098-863-5724 FAX: 098-867-6794

■ 重度心身障害者医療費助成事業市町村窓口

	市町村名	課室名	電話番号	FAX番号	住所
1	那覇市	障がい福祉課	098-862-3275	098-862-0621	那覇市泉崎1-1-1
2	宜野湾市	障がい福祉課	098-893-4411	098-893-4108	宜野湾市字野嵩1-1-1
3	石垣市	障がい福祉課	0980-82-9947	0980-82-1580	石垣市美崎町14
4	浦添市	福祉給付課	098-876-1234	098-878-8575	浦添市字安波茶1-1-1
5	名護市	社会福祉課	0980-53-1212	0980-54-3813	名護市港1-1-1
6	糸満市	社会福祉課	098-840-8103	098-840-8152	糸満市潮崎町1-1
7	沖縄市	障がい福祉課	098-939-1212	098-939-7739	沖縄市仲宗根町26-1
8	豊見城市	障がい・長寿課	098-850-5320	098-856-7046	豊見城市字翁長854-1
9	うるま市	障がい福祉課	098-973-5452	098-973-5103	うるま市みどり町1-1-1
10	宮古島市	障がい福祉課	0980-73-1975	0980-73-1967	宮古島市平良字西里186
11	南城市	生きがい推進課	098-946-8985	098-882-8114	南城市玉城字富里143
12	国頭村	福祉課	0980-41-2765	0980-41-2914	国頭村字辺土名121
13	大宜味村	住民福祉課	0980-44-3003	0980-44-3139	大宜味村字大兼久157
14	東村	福祉保健課	0980-43-2202	0980-43-3050	東村字平良804
15	今帰仁村	福祉保健課	0980-56-4189	0980-56-4270	今帰仁村字仲宗根219
16	本部町	福祉課	0980-47-2165	0980-47-2185	本部町字東5
17	恩納村	福祉健康課	098-966-1207	098-966-1266	恩納村字恩納2451
18	宜野座村	健康福祉課	098-968-3253	098-968-5504	宜野座村字宜野座296
19	金武町	保健福祉課	098-968-3559	098-968-6275	金武町字金武1
20	伊江村	福祉課	0980-49-3160	0980-49-2003	伊江村字東江前38
21	読谷村	福祉課	098-982-9209	098-958-4125	読谷村字座喜味2901
22	嘉手納町	福祉課	098-956-1111	098-956-8094	嘉手納町字嘉手納588
23	北谷町	福祉課	098-936-1234	098-926-1474	北谷町字桑江226
24	北中城村	福祉課	098-935-2233	098-982-0345	北中城村字喜舎場426-2
25	中城村	福祉課	098-895-1738	098-895-3048	中城村字当間176
26	西原町	健康支援課	098-945-5013	098-944-6551	西原町与那城140番地の1
27	与那原町	福祉課	098-945-1525	098-946-4597	与那原町字上与那原16
28	南風原町	保健福祉課	098-889-4416	098-888-1772	南風原町字兼城686
29	渡嘉敷村	民生課	098-987-2322	098-987-2560	渡嘉敷村字渡嘉敷183
30	座間味村	総務・福祉課	098-896-4045	098-987-2004	座間味村字座間味109
31	粟国村	民生課	098-988-2017	098-988-2206	粟国村字東367
32	渡名喜村	民生課	098-989-2317	098-989-2197	渡名喜村字渡名喜1917-3
33	南大東村	福祉民生課	09802-2-2036	09802-2-2669	南大東村字南144-1
34	北大東村	福祉衛生課	09802-3-4055	09802-3-4406	北大東村字中野218
35	伊平屋村	住民課	0980-46-2142	0980-46-2956	伊平屋村字我喜屋251
36	伊是名村	住民福祉課	0980-45-2819	0980-45-2467	伊是名村字仲田1203
37	久米島町	福祉課	098-985-7124	098-985-7120	久米島町字比嘉2870
38	八重瀬町	社会福祉課	098-998-9598	098-998-7164	八重瀬町字具志頭659
39	多良間村	住民福祉課	0980-79-2623	0980-79-2664	多良間村字仲筋99-2
40	竹富町	福祉支援課	0980-82-6191	0980-82-4333	石垣市美崎町11
41	与那国町	長寿福祉課	0980-87-3575	0980-87-2079	与那国町字与那国129