

鹿児島県重度心身障害者医療費助成制度 の手引き

令和6年5月

鹿児島県保健福祉部障害福祉課

目 次

第1章 重度心身障害者医療費助成制度について

- | | | |
|---|---------------------------|---|
| 1 | 重度心身障害者医療費助成の新制度の概要 | 1 |
| 2 | 支給の流れ | 3 |
| 3 | 公費負担制度等及び県単独医療費助成制度との優先関係 | 6 |

第2章 受給者証について

- | | | |
|---|-----------|---|
| 1 | 受給者証の様式 | 7 |
| 2 | 受給者証の有効期間 | 8 |
| 3 | 留意事項 | 8 |

第3章 重度心身障害者医療費自己負担額支払データ提出時の注意事項

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | 受付締切 | 9 |
| 2 | 重度心身障害者医療費自己負担額支払データの作成方法 | 9 |
| 3 | 提出方法について | 10 |
| 4 | 紙媒体での提出について | 11 |
| 5 | 「重度心身障害者医療費自己負担額差額発生報告書」「重度心身障害者医療費報告内容変更報告書」 | 13 |
| 6 | 結果報告について | 13 |

資料編

- | | | |
|---|-----------|----|
| 1 | お問い合わせ先一覧 | 14 |
| 2 | 様式集 | 16 |

～ はじめに ～

本県では、昭和 49 年に重度心身障害者医療費助成制度がスタートしました。

制度開始以来、重度障害者の方が受診後、市町村に申請を行う償還払い方式により、運用してきましたが、重度障害者の負担軽減を図るため、令和 6 年 7 月診療分から、受給対象者が市町村に申請を行う必要がなくなる自動償還払い方式に移行する等の新制度を開始することとなりました。

本手引きは、重度心身障害者を対象とした医療費助成の新制度の概要を説明するものになります。

保険医療機関等の皆様におかれましては、新制度の開始に伴い御手数をおかけいたしますが、御理解と御協力のほどよろしくお願いいたします。

第1章 重度心身障害者医療費助成制度について

1 重度心身障害者医療費助成の新制度の概要

(1) 事業内容

重度障害者の健康の保持・増進や、経済的負担の軽減を図るため、医療に要した費用の自己負担額を市町村が助成する制度です。

実施主体は市町村で、県は市町村が助成した経費の一部を補助しています。

(2) 対象者

- ① 身体障害者手帳1級及び2級
- ② 療育手帳A1, A2, A（知能指数35以下）
- ③ 身体障害者手帳3級かつ療育手帳B1（知能指数50以下）
- ④ 精神障害者保健福祉手帳1級（通院のみ）

※ 一定の所得以上の方は対象外になります。

(3) 自己負担

なし

※ 保険医療機関等の窓口で一旦自己負担額を全額支払い、後日、市町村から自己負担額が全額助成されます。

(4) 対象者への助成方法

自動償還払い方式

- ・ 対象者の診療に係るデータを保険医療機関等から鹿児島県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）を經由して市町村に送付し、市町村から受給者に自己負担額を支給します。
- ※ 対象者の診療に係るデータを国保連に報告いただく事務に対して、報告事務手数料をお支払いします。
- ※ 対象者は、市町村に自己負担額の助成申請手続きを行う手間がなくなります。

【参考：制度変更の対照表】

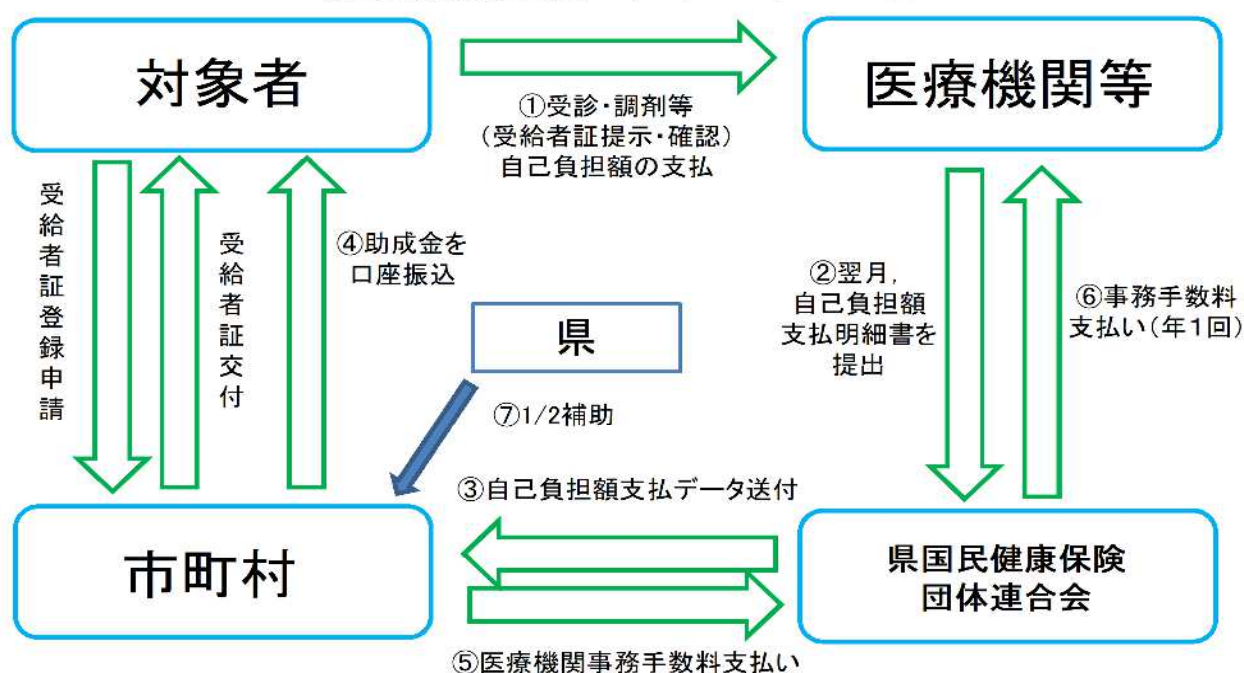
	【現行制度】	【制度変更後】
1 対象者	<ul style="list-style-type: none"> 身体障害者：身体障害者手帳1級及び2級 知的障害者：療育手帳A1, A2, A(知能指数35以下) 身体障害者手帳3級かつ療育手帳B1(知能指数50以下) 	<ul style="list-style-type: none"> 身体障害者：身体障害者手帳1級及び2級 知的障害者：療育手帳A1, A2, A(知能指数35以下) 身体障害者手帳3級かつ療育手帳B1(知能指数50以下) <u>精神障害者保健福祉手帳1級所持者(通院のみ)</u> <p><u>※ 上記のうち一定の所得以下の方</u></p>
2 対象者への助成方法	<p>窓口で一旦自己負担額を負担した後、市町村へ交付申請を行い、市町村から受給者に支給</p>	<p><u>窓口で一旦自己負担額を負担した後、市町村から受給者に支給</u></p> <p><u>(対象者の診療に係るデータを医療機関から国保連を経由して市町村に送付)</u></p>
3 所得制限	<ul style="list-style-type: none"> なし 	<ul style="list-style-type: none"> <u>導入(特別障害者手当の所得制限を準用)</u>

2 支給の流れ

(1) 自動償還払い方式とは

対象者が保険医療機関等で一旦支払った自己負担額の手続きを、保険医療機関等から国保連を経由して居住市町村に送ることにより、自動的に口座に給付金が振り込まれる方式。

【重度心身障害者医療費助成事業 (自動償還払い)のスキーム】

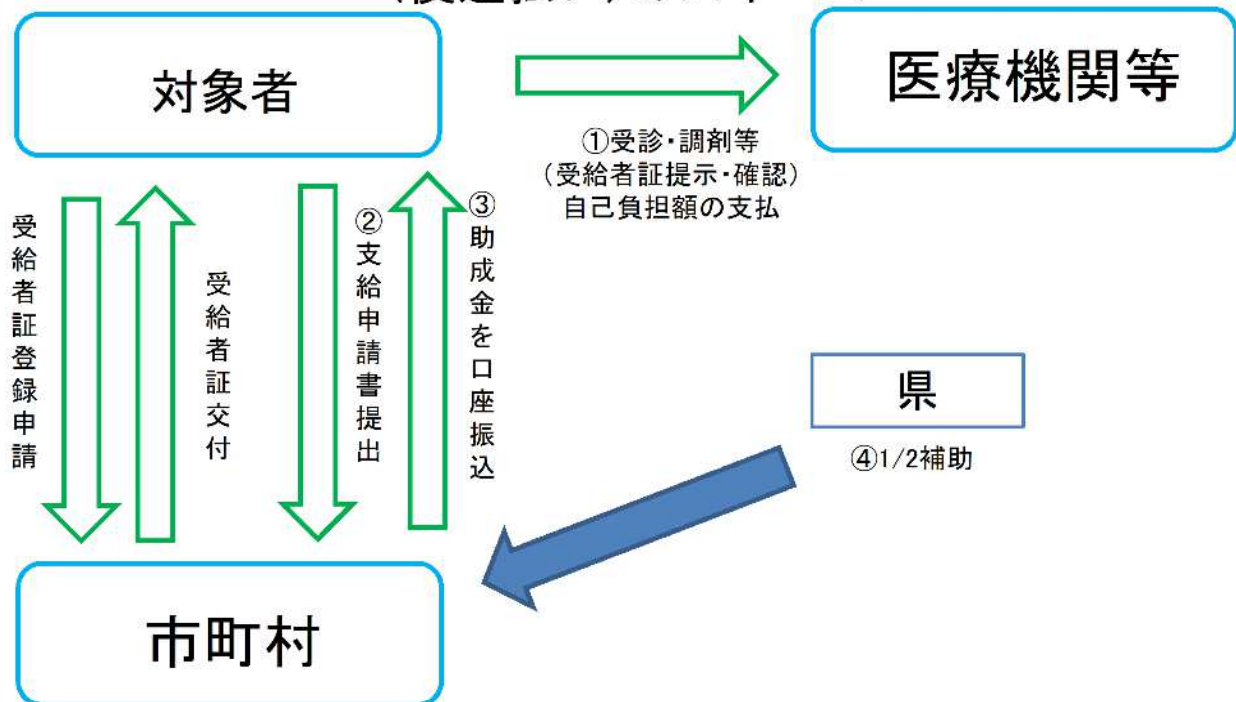


- ① 保険医療機関等は、対象者から提示される「受給者証」により、対象者を確認する。(受給者証の確認は、月に1回で可。)
対象者は保険医療機関等へ自己負担額を支払います。
- ② 保険医療機関等は、国保連に対して対象者の受診データを報告します。
- ③ 国保連は、保険医療機関等から報告されたデータを審査の上、市町村に送付します。
- ④ 市町村は、国保連から送付されたデータを基に、対象者に支給します。
- ⑤⑥ 市町村は、国保連を通じて、保険医療機関等の事務手数料を支払います。(支払は年1回です。)

(2) 償還払い方式とは

対象者が保険医療機関等で一旦支払った自己負担額の領収書等を添付して市町村窓口申請することで、口座に助成金が支給される方式。

【重度心身障害者医療費助成事業】
(償還払い)のスキーム



- ① 対象者は、保険医療機関等を受診し、自己負担額を支払います。
- ② 対象者は、支給申請書を領収書等と一緒に市町村に提出します。
- ③ 市町村は、対象者からの支給申請の内容を確認し、対象者に支給します。

(3) 留意事項

○ 助成対象とならない場合は次のとおりです。

① 健康保険が適用されない場合

(選定療養費(紹介状なしで大規模な病院(200床以上)を受診した場合に初診料とは別にかかる費用)や任意の予防接種費用など)

② 交通事故等第三者行為による診療の場合

③ 独立行政法人日本スポーツ振興センター等の災害共済給付の対象となる場合

○ 自動償還払いとならない場合は次のとおりです。

この場合は、償還払いになりますので留意ください。

① 保険医療機関等で受給者証の提示がない場合

(ただし、月1回の提示で可)

② 県外の保険医療機関等を受診した場合

3 公費負担制度等及び県単独医療費助成制度との優先関係

(1) 公費負担制度等との優先関係

重度心身障害者医療費助成制度のほかに、公費負担制度（育成医療，更生医療等）や医療保険における高額療養費，付加給付制度が適用される場合は，当該公費負担制度等が優先されます。

適用した公費負担制度等に対象者負担金がある場合は，当該対象者負担金について，重度心身障害者医療費助成制度の対象となります。

(2) 県単独医療費助成事業との優先関係（令和6年度時点）

県単独で実施している医療費助成事業は，重度心身障害者医療費助成制度の他に，ひとり親家庭医療費助成事業（償還払い方式），乳幼児医療費助成事業（自動償還払い方式），子ども医療給付事業（現物給付）があります。

この中では，子ども医療給付事業が優先となります。

第2章 受給者証について

重度心身障害者医療費助成制度による自動償還払いを受けるには、市町村が発行する受給者証が必ず必要となります。保険医療機関等の窓口では、月1回、受給者証の提示を求め、内容を確認していただくようお願いいたします。

1 受給者証の様式

受給者証の様式は市町村が定めるため多少異なりますが、県が市町村にひな形として示している様式は次のとおりです。

(重度心身障害者医療費助成制度の受給者証ひな形)

(表)

〇〇市(町村) 重度心身障害者 医療費助成金受給資格者証			
市 町 村 番 号		事業番号	3
受 給 者 番 号			
対 象 者	氏 名	性 別	
	生 年 月 日		
	住 所		
保 護 者	氏 名		
	住 所		
医 療 保 険	記 号	番 号	
	被 保 険 者 氏 名		
	保 険 者 名		
発 行 機 関 名			
有 効 期 間	令和 年 月 1 日 から		
	令和 年 月 日 まで		
備 考	通院のみ		
〇年〇月〇日交付			
●●市(町村)長 印			

(裏)

注 意 事 項	
1	この証は、重度心身障害者医療費の助成を受けられることを証明する証ですから、大切に保管してください。
2	市(町村)に助成金の支給申請書を提出するとき、又は助成金の支払いを受けるときは必ずこの証を提示してください。
3	有効期間を過ぎたときは、速やかにこの証を返還してください。
4	次に書いてあることが生じたときは必ず届け出てください。 (ア) この証の記載事項に変更が生じたとき。 (イ) 対象者が生活保護法による保護を受けるようになったとき。 (ウ) 対象者又はその保護者が当市(町村)から転出し、又は死亡したとき。
詳しくは、〇市(町村)〇〇課にお尋ねください。 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

2 受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は、10月1日から翌年9月末までの1年間です。

ただし、新制度開始時点（R6.7～R6.9）では、令和6年7月から令和6年9月の3か月の受給者証が発行される予定です。

3 留意事項

(1) 受給者証は毎年新しく発行されます。

受給者証の切り替えの時期（毎年10月頃）には受給者証の有効期間の確実な確認をお願いいたします。

(2) 令和6年7月から精神障害者保健福祉手帳1級所持者の通院に係る医療費のみが対象になります。

精神障害者保健福祉手帳1級所持者の入院に係る医療費は対象になりませんので留意ください。

第3章 重度心身障害者医療費自己負担額支払データ 提出時の注意事項

1 受付締切

- ・ 受付締切日は毎月10日です。
- ・ 郵便・宅配便等の送付につきましても同様に締切は10日到着分までとなります。
- ・ 受領を明確にできる配達記録の残る方法（レターパック・書留等）で送付してください。

2 重度心身障害者医療費自己負担額支払データの作成方法

- ・ 以下の国保連ホームページにデータ作成用のツール（対象 OS は Windows10・11）を掲載しておりますので、ダウンロードして御利用ください。

【国保連ホームページ】

- ・ 保険医療機関・薬局の皆様
<https://kokuhoren-kagoshima.or.jp/ir30000#juudosinsin>
- ・ 療養費施術機関の皆様
<https://kokuhoren-kagoshima.or.jp/ju40000#juudosinsin>

3 提出方法について

原則、CD-R等の電磁的記憶媒体での提出に御協力ください。（CD-R等の電磁的記憶媒体での提出が困難な場合、「4 紙媒体での提出について」を御参照ください。）

- ・ CD-R等の電磁的記憶媒体と併せて重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票送付書の提出をお願いします。（別紙様式1）
- ・ 電磁的記憶媒体の保護ケース
電磁的記憶媒体が破損する場合がありますので、プラスチックケースに入れて提出してください。
- ・ 控用データの作成
提出された電磁的記憶媒体は返却いたしませんので、作成データについては、正副各1枚作成し、正の電磁的記憶媒体を提出してください。

【電磁的記憶媒体への記載（記載漏れがないか御確認ください。）】

以下の記載例を参考にCD-Rのレーベル面に直接油性マジック等で記載してください。ラベルシールは使用しないでください。

記載例



4 紙媒体での提出について

(CD-R等の電磁的記憶媒体での提出が困難な場合)

以下の①～④を御提出ください。

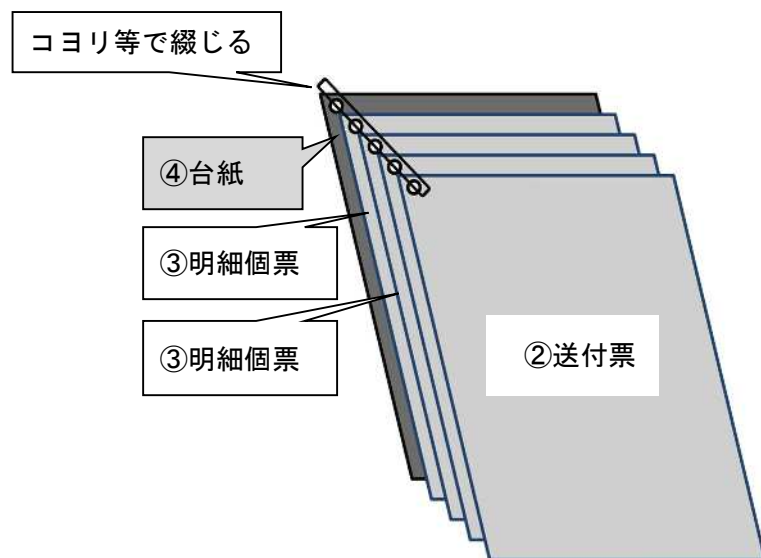
なお、②～④については、まとめてコヨリ等で綴じてください。

その際、枚数が少ない場合はホチキス留めでも構いませんが、クリップ留めは不可です。

- ① 重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票送付書 1枚
(別紙様式1)
- ② 重度心身障害者医療費自己負担額支払明細送付票 1枚
(別紙様式2)

※ 月遅れ提出分(提出する月の前月より前の診療分)も含めます。

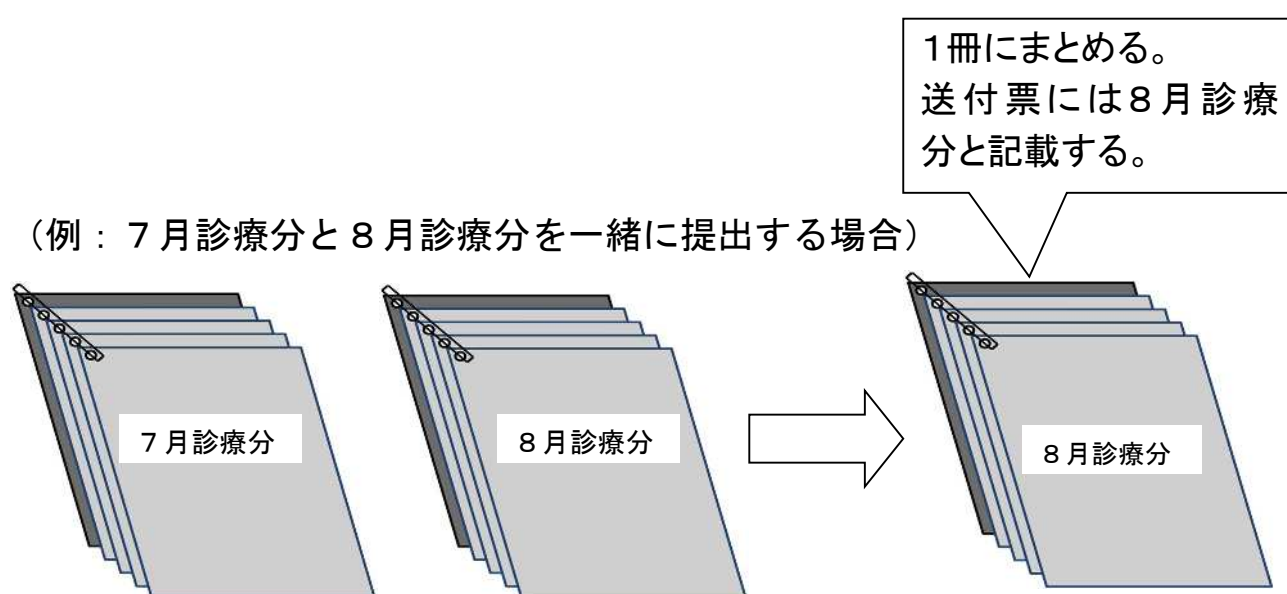
- ③ 重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票 (別紙様式3)
- ④ 厚紙等の台紙



※ 注意事項

当月分（提出する月の前月診療分）と月遅れ分（提出する月の前月以前の診療分）を一緒に提出する際は、送付票一枚を添付して一冊に綴じてください。

送付票に月遅れ分を含めた件数を記入し、診療年月欄は提出する月の前月を記入してください。



5 「重度心身障害者医療費自己負担額差額発生報告書」「重度心身障害者医療費報告内容変更報告書」の提出について

提出後に自己負担額に変更等があった場合は、「重度心身障害者医療費自己負担額差額発生報告書」を作成し、該当市町村へ直接送付してください。（別紙様式4）

また、提出後に資格等の誤りにより取消しなどが発生した場合は、「重度心身障害者医療費報告内容変更報告書」を該当市町村へ直接送付してください。（別紙様式5）

6 結果報告について

毎年7月・10月・1月に、当該年度の受付件数を送付いたします。
（初年度においては10月以降）

なお、オンライン請求を行っている医療機関及び調剤薬局におきましては、オンライン請求システムの画面から御確認ください。（郵送はいたしません。）

資料編

1 お問い合わせ先一覧

(1) 自己負担額支払データの作成方法について

鹿児島県国民健康保険団体連合会 審査管理課療養費係

住所：〒890-0064

鹿児島市鴨池新町7番4号 鹿児島県市町村自治会館内

電話：099-206-1086 FAX:099-206-1085

(2) その他制度全般の内容について

① 重度心身障害者医療費助成制度の制度内容

鹿児島県保健福祉部障害福祉課

住所：〒890-8577

鹿児島市鴨池新町10番1号

電話：099-286-2744 FAX:099-286-5558

② 重度心身障害者医療費助成制度の具体的な内容

受給者証の発行など、詳細は実施主体である各市町村あてお問い合わせください。

各市町村の重度心身障害者医療費助成制度の担当窓口は次ページを参照ください。

重度心身障害者医療費助成制度 市町村担当課一覧

市町村名	担当課名	電話番号
鹿児島市	障害福祉課	099-216-1273
鹿屋市	福祉政策課	0994-45-4726
枕崎市	福祉課	0993-73-5612
阿久根市	福祉課	0996-73-1240
出水市	福祉課	0996-63-4045
指宿市	地域福祉課	0993-22-2111
西之表市	福祉事務所	0997-22-1266
垂水市	福祉課	0994-32-1115
薩摩川内市	障害福祉課	0996-23-5111
日置市	福祉課	099-248-9416
曾於市	福祉介護課	0986-76-8807
霧島市	障害福祉課	0995-64-0855
いちき串木野市	福祉課	0996-33-5652
南さつま市	福祉課	0993-76-1537
志布志市	福祉課	099-474-1111
奄美市	福祉政策課	0997-69-3025
南九州市	福祉健康課	0993-56-1111
伊佐市	福祉課	0995-23-1330
始良市	長寿・障害福祉課	0995-55-8140
三島村	民生課	099-222-3141
十島村	住民課	099-222-2101
さつま町	ほけん福祉課	0996-24-8930
長島町	福祉事務所	0996-86-1146
湧水町	長寿福祉課	0995-74-3111
大崎町	保健福祉課	099-476-1111
東串良町	福祉課	0994-63-3103
錦江町	介護福祉課	0994-22-3042
南大隅町	介護福祉課	0994-24-3126
肝付町	福祉課	0994-65-8413
中種子町	地域福祉課	0997-27-1111
南種子町	福祉事務所	0997-26-1111
屋久島町	福祉支援課	0997-43-5900
大和村	保健福祉課	0997-57-2218
宇検村	保健福祉課	0997-67-2212
瀬戸内町	保健福祉課	0997-72-1068
龍郷町	保健福祉課	0997-69-4514
喜界町	保健福祉課	0997-65-3685
徳之島町	介護福祉課	0997-82-1115
天城町	長寿子育て課	0997-85-4114
伊仙町	地域福祉課	0997-86-3115
和泊町	保健福祉課	0997-84-3517
知名町	保健福祉課	0997-84-3153
与論町	健康長寿課	0997-97-4992

(表)

〇〇市（町村）重度心身障害者 医療費助成金受給資格者証									
市 町 村 番 号			事 業 番 号		3				
受 給 者 番 号									
対 象 者	氏 名			性 別					
	生 年 月 日								
	住 所								
保 護 者	氏 名								
	住 所								
医 療 保 険	記 号		番 号						
	被 保 険 者 氏 名								
	保 険 者 名								
発 行 機 関 名									
有 効 期 間		令和 年 月 1 日 から							
		令和 年 月 日 まで							
備 考		通院のみ							
〇年〇月〇日交付									
●●市（町村）長 印									

(裏)

注 意 事 項
1 この証は、重度心身障害者医療費の助成を受けられることを証明する証ですから、大切に保管してください。
2 市（町村）に助成金の支給申請書を提出するとき、又は助成金の支払いを受けるときは必ずこの証を提示してください。
3 有効期間を過ぎたときは、速やかにこの証を返還してください。
4 次に書いてあることが生じたときは必ず届け出てください。 (ア) この証の記載事項に変更が生じたとき。 (イ) 対象者が生活保護法による保護を受けるようになったとき。 (ウ) 対象者又はその保護者が当市（町村）から転出し、又は死亡したとき。
詳しくは、〇市（町村）〇〇課にお尋ねください。 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

鹿児島県国民健康保険団体連合会 宛

住 所
開 設 者
氏 名
電 話 番 号重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票送付書

機関コード(登録記号番号)		
機 関 名 称		
点 数 表 区 分	医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション 柔整・あんまマッサージ・はり、きゅう	
診療（調剤、施術）月分	令和 年 月 診療（調剤、施術）分	
提 出 年 月 日	令和 年 月 日	
媒 体 種 類	CD-R	紙
媒 体 枚 数	枚	冊
備 考		

※1 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

(記載要領)

鹿児島県国民健康保険団体連合会 宛

重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票を提出される場合は、媒体（紙・CD）と併せて本書の提出をお願いいたします。
 ※郵送・宅配便等での送付、本会受付窓口への持参、いずれの場合も、本書の提出をお願いいたします。

氏 名
 電話番号

印

重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票送付書

機関コード(登録記号番号)		
機 関 名 称		
点 数 表 区 分	医科・歯科・調剤・訪問看護 柔整・あんまマッサージ・理学療法	
診療（調剤、施術）月分	令和 年 月 診療（調剤、施術）分	
提 出 年 月 日	令和 年 月 日	
媒 体 種 類	CD-R	紙
媒 体 枚 数	枚	枚
備 考		

機関コード、機関名を記入
 します。

該当する点数表区分を○
 で囲みます。

提出する媒体の種類を○
 で囲み、CDは枚数（紙の
 場合は冊数）を記入しま
 す。

※1 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

医療機関等→国保連合会

重度心身障害者医療費自己負担額支払明細送付票

令和 年 月分

鹿児島県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関等番号(10桁)			
県区分	区分 点数	機関番号(6桁)	CD

別添明細書のとおり送付する。

令和 年 月 日

医療機関等所在地

名称

開設者

電話

印

送付件数	件
------	---

「明細送付票」及び「明細個票」の作成上の注意事項

- ①この明細送付票及び明細個票は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に提出する。
- ②この明細送付票は、医療機関等用とする。
- ③明細個票の自己負担支払額は、利用者が窓口で支払った額を記入する。
- ④明細個票の診療科コードの入力は旧総合病院は必須とする。
- ⑤明細個票の公費番号1、2欄は公費負担者番号の上2桁を記入する

診療科コード表

1 内科	11 整形外科	21 性病科	31 麻酔科	72 第三内科(大学)
2 精神科	12 形成外科	22 肛門科	33 心療内科	73 第一外科(大学)
3 神経科	13 美容外科	23 産婦人科	34 アレルギー科	74 第二外科(大学)
4 神経内科	14 脳神経外科	24 産科	35 リウマチ科	
5 呼吸器科	15 呼吸器外科	25 婦人科	36 リハビリテーション科	
6 消化器科	16 心臓血管外科	26 眼科	49 全科	
7 胃腸科	17 小児外科	27 耳鼻咽喉科	50 歯科	
8 循環器科	18 皮膚泌尿器科	28 気管食道科	60 調剤	
9 小児科	19 皮膚科	29 理学診療科	70 第一内科(大学)	
10 外科	20 泌尿器科	30 放射線科	71 第二内科(大学)	

訪問看護ステーション→国保連合会

重度心身障害者医療費自己負担額支払明細送付票

令和 年 月分

鹿児島県国民健康保険団体連合会 殿

訪問看護ステーション番号(10桁)			
県区分	区点 分数	機関番号(6桁)	CD

別添明細書のとおり送付する。

令和 年 月 日

ステーション所在地

名称

開設者

電話

印

送付件数	件
------	---

「明細送付票」及び「明細個票」の作成上の注意事項

- ①この明細送付票及び明細個票は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に提出する。
- ②この明細送付票は、訪問看護ステーション用とする。
- ③明細個票の保険診療合計金額欄はレセプトの合計の金額を記入する。
- ④明細個票の自己負担支払額は、利用者が窓口で支払った額を記入する。
- ⑤明細個票の診療科コードの入力は不要とする。
- ⑥明細個票の公費番号1、2欄は公費負担者番号の上2桁を記入する。

医療機関等→国保連合会

医療機関名

重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票

市町村番号		事業番号	3				
受給者番号							
フリガナ							
氏名							
生年月日	2:大正 3:昭和 4:平成 5:令和		年		月		日
保 険	1. 国保	2. 社保		3. 後期			
保険者番号							
入院・入院外	1. (入院)	2. (入院外)					
保険負担割合	1. (1割)	2. (2割)		3. (3割)			
保険診療合計点数							点
自己負担支払額							円
実診療年月	5:令和		年		月		
診療科コード		※旧総合病院の場合は記入					
公費番号1(コード)							
公費番号2(コード)							
備 考							

訪問看護ステーション→国保連合会

訪問看護ステーション名

重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票

市町村番号		事業番号	3				
受給者番号							
フリガナ							
氏名							
生年月日	2:大正 3:昭和 4:平成 5:令和		年		月		日
保 険	1. 国保	2. 社保		3. 後期			
保険者番号							
入院・入院外	/		② (入院外)				
保険負担割合	1. (1割)	2. (2割)		3. (3割)			
保険診療合計金額							円
自己負担支払額							円
実診療年月	5:令和		年		月		
診療科コード	/						
公費番号1(コード)							
公費番号2(コード)							
備 考							

医療機関等 → 市町村

重度心身障害者医療費自己負担額差額発生報告書(医療機関等用)

No. _____

市町村長 殿

医療機関等番号(10桁)										
県区分	点数区分	機関番号(6桁)						CD		

下記のとおり報告する。

医療機関等所在地
 名 称
 開 設 者
 電 話

印

令和 年 月 日

保 険	受給資格者に関する基本情報			前 回 報 告 し た 診 療 情 報						差額発生後の診療情報			備 考 (発生理由等)		
	重心資格証受給者番号	氏 名	生年月日			入 外	実診療年月			合計点数	自己負担 支払額 A	合計点数		自己負担 支払額 B	自己負担支払額の差額 (A-B)
			号	年	月		号	年	月						
1 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
2 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
3 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
4 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
5 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
6 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
7 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
8 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
9 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	
10 1. 国保 2. 社保 3. 後期			T H R	S			1. 入 院 2. 入院外	R			点	円	円	円	

- ①この報告書は事業実施主体の市町村に提出すること
- ②この報告書は、医療機関等用差額発生報告書とする。
- ③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。
- ④受給者番号は、重度心身障害者医療費助成金受給資格者証に記載された番号を転記する。
- ⑤保険区分欄は、国保の場合は「1. 国保」を、社保の場合は「2. 社保」、後期の場合は「3. 後期」に○を附す。
- ⑥入外区分欄は、入院の場合は「1. 入院」を、入院外の場合は「2. 入院外」に○を附す。
- ⑦「前回報告した診療情報」は、以前に国保連合会 に報告した内容を転記すること。
- ⑧「差額発生後の診療情報」は、減額等により発生し変動した結果のレセプトの点数と自己負担支払額を記入する。
- ⑨「備考」欄には、差額が発生した理由等を記入する。
- ⑩生年月日欄は、大正の場合は「T」を、昭和の場合は「S」を、平成の場合は「H」を、令和の場合は「R」に○を附す。

医療機関等 → 市町村

重度心身障害者医療費自己負担額報告内容変更報告書(医療機関等用)

(No.)

市(町村)長 殿

医療機関等番号(10桁)			
県区分	市町村区分	機関番号(6桁)	CD

下記のとおり報告する。

令和 年 月 日

医療機関等所在地
名称
開設者
電話

印

No.	受給資格者に関する基本情報			誤った報告済みの情報			今回報告する正しい情報	備考		
	保険	重心資格証受給者番号	氏名	報告年月					報告項目	報告内容
				号	年	月				
1	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
2	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
3	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
4	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
5	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
6	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
7	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
8	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
9	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						
10	1. 国保 2. 社保 3. 後期			R						

- ①この報告書は事業実施主体の市町村に提出すること。
- ②この報告書は、医療機関等用報告内容変更報告書とする。
- ③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。
- ④受給者番号は、重度心身障害者医療費助成金受給資格者証に記載された番号を転記する。
- ⑤保険区分欄は、国保の場合は「1. 国保」を、社保の場合は「2. 社保」、後期の場合は「3. 後期」に○を附す。
- ⑥「誤った報告済みの情報」は、以前に国保連合会に報告した情報で誤りのあった内容を転記すること。
- ⑦「今回報告する正しい情報」は、本来報告すべきであった正しい情報を記入する。

重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票取下げ依頼書

令和 年 月 日

媒体種類 1. CD 2. 紙

① 区分	1.医科 3.歯科 4.調剤 6.訪問 7.柔整 8.はり、きゅう 9.あんまマッサージ	②医療機関等 コード又は登 録記号番号			
③ 医療機関等	住所				
	名称・ 開設者				
	電話番号				
④ 診療年月	令和	年 月	⑤ 市町村番号		
⑥ フリガナ			⑦ 重度心身障害者 資格者証受給者番 号		
氏名			⑧ 生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
⑨ 保険区分	1. 国保 2. 社保 3. 後期	⑩ 保険者番号			
⑪ 入・外	1. 入院 2. 外来	⑫ 負担割合		1. 1割 2. 2割 3. 3割	
⑬ 点数又は 金額	点(円)		⑭ 自己負担額	円	
⑮ 取下げ理由					

※記載上の注意 国保連合会に提出された支払明細個票の情報を記載してください。
 ※当月、国保連合会に提出した支払明細個票が取り下げ該当です。

〒890-0064

鹿児島市鴨池新町7-4

鹿児島県国民健康保険団体連合会

審査管理課療養費係 電話099-206-1086