

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)の皆様へのお願い

自立支援医療費について

1 診療受付時

(1) 医療機関

患者に自立支援医療受給者証（受給者証）の提示を求め、次の点をご確認ください。

- ◆ 「被保険者証の記号及び番号・保険者名」欄
→医療保険と一致していますか。
- ◆ 「指定医療機関名」欄
→自医療機関が記載されていますか。
- ◆ 「有効期間内」欄
→有効期間内ですか。
- ◆ 「重度かつ継続」欄
→「該当」であれば、自己負担上限額管理票の提示を求めてください。
- ◆ 「自己負担上限額」欄
→記載があれば、自己負担上限額管理票の提示を求めてください。
→記載がなければ、医療保険の高額療養費算定基準額が限度額となります。
- ◆ 「特定疾病療養受療証」欄
→「有」であれば、特定疾病療養受療証の提示を求め、上限額を確認してください。

(2) 薬 局

処方箋の「公費負担者番号」欄に、「15」（更生医療）又は「16」（育成医療）から始まる番号がある場合は、自立支援医療受給者証（受給者証）の提示を求め、上記(1)と同様の点をご確認ください。

【参考】公費負担医療にかかる法別番号（抜粋）

根拠法	区 分	法別番号
障害者総合支援法	自立支援医療（精神通院医療）	21
	自立支援医療（更生医療）	15
	自立支援医療（育成医療）	16
	療養介護医療及び基準該当療養介護医療	24

2 診 療 時

「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程」によりますが、特に次の点にご留意ください。

- ◆ 受給者証に記載された医療の具体的方針に沿った治療を行ってください。
- ◆ 受給者証に記載された医療の具体的方針を変更しようとするときは、変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を受診者に交付してください。また、具体的方針の変更は、変更後の新たな受給者証を確認した後からにしてください。
- ◆ 診療録（調剤録）等は、完結の日から5年間保存してください。

自立支援医療受給者証（表）

別紙様式第2号（表側）

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療・精神通院）			
公費負担者番号			
自立支援医療受給者番号			
フリガナ	姓	性別	生年月日
氏名	男・女	男	年 月 日
フリガナ			
住所			
現住所			
現住所の郵便番号	保険者名		
重支かつ継続	該当・非該当		
保護者（受給者が18歳未満の場合記入）	フリガナ	続柄	
	氏名		
	フリガナ	住所	
フリガナ			
住所			
病院・診療所	所在地・電話番号		
業 界	所在地・電話番号		
訪問看護事業者	所在地・電話番号		
自己負担上限額	月額	円	
有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
上記のとおり認定する。 平成 年 月 日 ○○○○知事 ○○○○市町村長 印			

自立支援医療受給者証（裏）

（裏側）

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特定疾病療養受給証	有・無
<small>※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受給証を医療機関窓口へ提出すること。</small>	
支給条件の継続方法	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手続用（1年目）・手続用（2年目）・手続で継続
<small>※ 精神通院医療に限り支給決定時に実施した支給条件の継続方法を記載すること。</small>	

受給者証発行者により、様式が若干異なる場合があります。

自己負担上限額管理票

別紙様式第4号 年 月分自己負担上限額管理票

受診者	受給者番号			
月額自己負担上限額 円				
下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。				
日付	医療機関名	確認印		
月 日				
日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額 実積額	自己負担額 徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

特定疾病療養受給証

保険者により、様式が異なる場合があります。

後期高齢者医療特定疾病療養受給証	
交付年月日 平成 21年 8月 1日	
認定疾病名	人工透析を行う必要のある慢性胃不全
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
被 住 所	松山市北条辻6番地
	SAMPLE
保 險 者 氏 名	広城 愛媛 女
生年月日	昭和 7年 4月 12日
発効期日	平成 21年 8月 1日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 9 3 8 2 0 1 5 愛媛県松山市北条辻6番地 愛媛県後期高齢者医療広域連合

3 会計時

(1) 対象医療の範囲

- ◆ 自立支援医療の対象は、自立支援医療受給者証に記載された障害及び医療のうち、次のものに限ります。
 - ① 診察
 - ② 薬剤又は治療材料の支給
 - ③ 医学的処置、手術、その他の治療・施術
 - ④ 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
 - ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
 - ⑥ 移送（医療保険による給付を受けられない場合に限る。）
- ◆ 育成医療については、有効期間中に、育成医療の対象疾病に直接起因する疾病を併発した場合に限り、その併発病の治療についても支給の対象とすることが出来ます（更生医療は出来ません。）。

(2) 対象医療費

- ◆ 対象医療と対象外医療を分けて、一部負担金を計算してください。
- ◆ 自立支援医療に優先して、医療保険（高額療養費を含む。）が適用されます。
- ◆ 自立支援医療費の対象は、対象医療費（A）から医療保険（B）給付後の一部負担金のうち、高額療養費及び自立支援医療費自己負担額（E）を控除した残りの部分（D）です。

A 対象医療費			
B 保険給付	一部負担金		
	C 高額療養費 (保険者負担)	D 自立支援医療費 (公費負担)	E 自己負担 (窓口負担)

※ 高額療養費は、一部負担金（A－B）が、「特定給付対象療養」又は「特定疾病療養」（特定疾病療養受療証の提示がある場合）にかかる高額療養費算定基準額に達した場合に、現物給付されます。

- ◆ 自己負担上限額は、1人の利用者に対して設定されることから、受給者に交付された自己負担上限額管理票を用いて、各医療機関での自己負担額を合算していきます。
 - ・ 累積額が限度額に達していない場合
上限額に達するまで、対象医療にかかる一部負担金の全部又は一部を窓口で徴収し、管理票の所定欄に記入のうえ、徴収印（医療機関名が分かるもの）を押印してください。
 - ・ 累積額が限度額に達した場合
管理票の所定欄に、日付・医療機関名を記入し、確認印（医療機関名が分かるもの）を押印してください。
 - ・ 累積額が限度額に達している場合
当該月については、患者からの一部負担金の徴収は不要です。

4 診療報酬請求

- ◆ 請求は、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年8月2日厚生省令第36号）及び「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号厚生労働省保健局医療課長通知）に拠るものとします。
- ◆ 診療報酬の請求は、医療保険と公費負担医療の併用レセプトを、所在地の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に提出することにより行ってください。
- ◆ 公費負担者番号及び公費負担医療受給者番号は、受給者証の番号を転記してください。
- ◆ 医療費に疑義ある場合は、レセプト（写）の提出を求めることがあります。

【計算例1】 70歳未満、対象医療費：769,650円、医療保険自己負担割合：3割、
 重度かつ継続：非該当、特定疾病療養受療証：無
 自立支援医療費自己負担上限額：5,000円 の場合

A対象医療費 769,650円			
B保険給付 538,755円	一部負担金 230,895円		
	C 高額療養費 145,768円	高額療養費算定基準額85,127円	
		D 自立支援医療費 80,127円	E 自己負担 5,000円

高額療養費算定基準額=80,100円+(769,650円-267,000円)×1%=85,127円

【計算例2】 70歳未満、対象医療費：769,650円、医療保険自己負担割合：3割、
 重度かつ継続：非該当、特定疾病療養受療証：有（上限額10,000円）
 自立支援医療費自己負担上限額：5,000円 の場合

A対象医療費 769,650円			
B保険給付 538,755円	一部負担金 230,895円		
	C 高額療養費 220,895円	高額療養費算定基準額10,000円	
		D 自立支援医療費 5,000円	E 自己負担 5,000円

高額療養費算定基準額=10,000円

【レセプト記載】

窓口で徴収した自立支援医療にかかる自己負担額を、レセプトの「療養の給付」の該当公費「一部負担金額」欄に、記載してください。

【〇年〇月分 自己負担上限額管理票（抜粋）】

日付	医療機関名	自己負担額	月額自己負担額累積額	自己負担額徴収印
○月○日	A病院	1,000円	1,000円	Ⓐ
○月○日	B薬局	800円	1,800円	Ⓑ
○月○日	A病院	2,500円	4,300円	Ⓐ
○月○日	B薬局	700円	5,000円	Ⓑ



【A病院のレセプト（自立支援医療のみの場合）】

療養の給付	保険	請求点 **** (点数入力)	※決定点	一部負担金額 円
	①			
②				

【参 考】

対象者別の自立支援医療費（D）と自己負担上限額（E）は次表のとおりです。

区 分		D 自立支援医療費	E 自己負担上限額
自立支援医療 受給者証なし		(給付なし)	特定給付対象療養にかかる 高額療養費算定基準額
自立 支 援 医 療 受 給 者 証 あ り	下記以外	(特定給付対象療養にかかる 高額療養費算定基準額) － (自己負担額)	自立支援医療費 自己負担上限額
	「重度かつ継続」 該当 (高額治療継続者)	(特定給付対象療養にかかる 高額療養費算定基準額) － (自己負担額)	自立支援医療費 自己負担上限額
	「特定疾病療養 受療証」あり	(特定疾病にかかる 高額療養費算定基準額) － (自己負担額)	自立支援医療費 自己負担上限額
	生活保護受給者	対象医療費総額	(自己負担なし)

※ 高額療養費算定基準額は、健康保険法施行令等の一部改正に伴い、平成26年4月1日（前期高齢者のみ）又は平成27年1月1日（前期高齢者以外）に改定されます。

5 お問い合わせ先

- ◆ 自立支援医療受給者証及び自己負担上限額管理票について
⇒ 発行者（患者の居住市町の障害福祉担当課）
- ◆ 特定疾病療養受療証について
⇒ 発行者（医療保険者）
- ◆ 自立支援医療費について
⇒ 自立支援医療受給者証発行者（患者の居住市町の障害福祉担当課）
- ◆ 指定自立支援医療機関の指定・運営等について
⇒ 指定者（愛媛県又は松山市の障害福祉担当課）