

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につきまして、本ページ下部のとおり、お問い合わせ先が令和3年1月から変更になりましたので、ご確認いただきますようお願い申し上げます。

併せて事務手続きの流れ、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覧くださいますようお願い申し上げます。

【注意】

平成31年4月1日より助成申請書の様式及び記入方法が変更となっております。

詳しくは、3ページ「5 助成申請書について」の「(2)記入方法について」をご覧ください。

【その他ご注意いただきたい点】

●旧様式の助成申請書の取り扱いについて

平成31年4月1日以降、受給者が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。

●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。

【お問い合わせ先】令和3年1月から区役所のお問い合わせ先が変更になりました。

◎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 | | |
| 仙台市子供未来局子供保健福祉課 | 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公費等適用後の一部負担金（自己負担額）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 | ⑩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。

