

福県医発第 19 号 (地)

平成18年4月 7 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 竹 嶋 康



自立支援医療（精神通院分）に係る受給者証について

障害者自立支援法による自立支援医療費の請求につきましては、平成18年3月30日付け福県医発第2315号にて通知いたしておりましたが、この度、福岡県保健福祉部障害者福祉課より別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

なお、本通知は、関係医療機関には福岡県保健福祉部障害者福祉課より直接通知されていることを申し添えます。

小郡三井医師会より

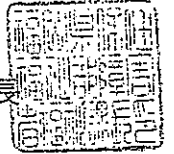
担当理事 蒲池 壽



17障第 4663 号
平成18年3月30日

社団法人 福岡県医師会会長 殿

福岡県保健福祉部障害者福祉課長



自立支援医療（精神通院分）に係る受給者証について

平素より、本県の障害者福祉行政の推進に御協力を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、標記について、別添のとおり各医療機関宛送付しておりますので、お知らせします。

つきましては、大変お忙しいところ恐れ入りますが、貴会に所属されている医師への御周知、御指導等をいただきますようよろしくお願い申し上げます。



各指定医療機関管理者（薬局） 殿

福岡県保健福祉部障害者福祉課長

自立支援医療（精神通院分）に係る受給者証について

平素より精神保健福祉行政の推進にご協力いただき、誠にありがとうございます。

さて、障害者自立支援法の施行に伴い、本年4月1日以降に精神通院医療費公費負担制度を利用する方については、自立支援医療（精神通院分）のみなし認定又は新規認定に係る受給者証が必要となります。（福岡県発行の受給者証については、別添1－1（みなし認定分）、別添1－2（本則分1）、別添1－3（本則分最終）の3種類があります。）

そのため、現在県精神保健福祉センターで受給者証発行のための作業を行っておりますが、移行に係る申請件数が膨大なため、福岡県に対し申請中の方については、その全員に対し4月1日までに受給者証を送送するのが困難な状況です。

つきましては、当面、3月までにみなし認定等を申請され、受給者証が未着の方の取り扱いについて、下記のとおりご配慮いただきますようよろしくお願い申し上げます。

（ご迷惑をおかけいたしますが、4月下旬までには全員に受給者証を送付する予定ですので、よろしくご協力のほどお願い申し上げます。）

記

- 1：3月31日までに市町村での受け付けがなされた自立支援医療に係る申請については、基本的に4月1日に遡って受給者証が発行されること。（「基本的に」……所得及び診断書の内容により、自立支援医療の対象外とされる場合を除いて、という意。）
- 2：そのため、4月1日までに受給者証が送付されなかった申請者が公費負担対象の医療を受ける場合については、旧精神通院公費（32条）と同様、遡って受給者証が発行されることを前提に患者負担を徴収するなどの配慮をお願いしたいこと。また、受給者証発行後の整理についても、従来と同様、過誤調整等で行っていただきたいこと。
（なお、自立支援医療にあつては、自己負担額は基本的に1割負担となります。）
- 3：また、生活保護受給者以外の方については、当面今回送付の自己負担上限額管理票（別添2）に、受診毎の徴収額を各医療機関で記載していただき、受給者証が送付された時に、受給者番号・自己負担上限額を追記した上で、受給者証にホッチキス留めするなどの指導をしていただきたいこと。（申し訳ありませんが、自己負担上限額管理票（別添2）についてはコピーをしたうえで、窓口確認の上、4月に入り最初に受診した医療機関から、本人にお渡し下さい。その際、自立支援医療の受診の際には、病院・薬局を問わず常に提示して、その都度自己負担額を記入してもらう必要がある旨ご説明ください。）

福岡県保健福祉部障害者福祉課
精神保健福祉係 担当：緒方 佐竹
tel 092-643-3265 fax 092-643-3304

<参考>

みなし支給認定等を申請中で、受給者証が未着の方の自立支援医療の利用について

(医療機関と薬局を利用する場合のモデル例)

- (1) 医療機関受診・・・①医療機関で、みなし認定申請中であることを確認の上、自己負担上限額管理票を準備(申し訳ありませんがコピーをお願いします。)
- ②1割を自己負担額として徴収の上、自己負担額上限額管理票に徴収額・徴収累計額を記入
- ③薬局での記載のために自己負担上限額管理票を本人に渡す。



- (2) 本人が自己負担上限額管理票を持って、薬局を受診

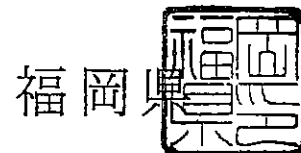
- ①1割を自己負担額として徴収の上、自己負担額上限額管理票に薬局が徴収額・徴収累計額を記入
- ②自己負担額上限額管理票を本人に返す。

-----以下受給者証送付まで同様-----

(受給者証到着後の扱いについては、自己負担上限額管理票の記載例を参照してください。)

* なお、自己負担上限額管理票については、受給者証到着後まで医療機関でコピーしていただく必要はありません。あくまで、受給者証到着前に受診した方がおられた場合の一時的なお願いですので、よろしくご協力のほどお願いいたします。

通院医療費公費負担患者票



公費負担者番号	21406012
公費負担医療費受給者番号	
有効期間	

受給者	氏名			生年月日	
	住所				
家族の 連絡先	氏名		続 柄	住 所	
保険の種類					
通院医療の 担当医療機関					

- 備考 (注) 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に基づく通院医療費の公費負担を受ける場合には、この患者票を上記の担当医療機関に提出してください。
- 2 患者票に記載してある氏名、住所、家族の連絡先、保険の種類及び通院医療の担当医療機関が変わったときは、患者の居住地を管轄する市町村長を経由して、都道府県知事に届け出てください。
- 3 継続して申請するときは、有効期限の終了する3か月前から1か月前までの間に申請してください。
- 4 デイケア施設や指定訪問看護事業者など複数の医療機関等で医療を受ける場合には、複数の患者票の交付を受ける必要があります。

確認	年	月	日	福岡県精神保健福祉センター
重度かつ継続	有 ・ 無			
負担上限額(月)	0 ・ 2,500 ・ 5,000 ・ 1万 ・ 2万 ・ 無 円			
有効期限	年 月 日			
病院・診療所以外の指定自立支援医療機関名				
薬局名	(有・無)			
訪問看護 事業者名	(有・無)			
その他の 医療機関	(有・無)			

別添 1 - 2 「本則分 1 受給者証」

自立支援医療受給者証 (精神通院)				
公費負担番号		2 1 4 0 6 0 1 2		
受給者番号				
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名			昭 和 年 月 日
	フリガナ			
	住 所			
	被保険者証の 記号及び番号		保険者名	市
	重度かつ継続			
保護者(受診者が18歳 未満の場合記入)		フリガナ		続柄
		氏 名		
		フリガナ		
		住 所		
指 定 医 療 機 関	名 称		所在地・電話番号	
	病 院 ・ 診 療 所	病 院		
	薬 局	薬 局	町	
	訪 問 看 護 事 業 者			
自己負担上限額(月額)		2,500円		
有効期限		平成 1 8 年 4 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで		
上記のとおり認定する。 福岡県 平成 1 8 年 月 日				

自立支援医療受給者証（精神通院）

公費負担者番号				重度かつ継続	
自立支援医療費 受給者番号					
受 診 者	氏 名			性別	生年月日
	住 所				
	被保険者証 の記号 及び番号		保険 者名		
保護者 受診者が 18歳未満 の場合記入	氏 名			続 柄	
	住 所				
指 定 医 療 機 関	名 称		所在地・電話番号		
自己負担 上限額					
有効期間					
上記のとおり認定する。 平成 年 月 日 福岡県					

(別添2)

18年 4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		

[illegible]

<記載例> 4月15日に受給者証が届いた方(自己負担上限5,000円)の場合
 受給者証が届くまでは、1割の自己負担額を徴収していただき、受給者証が届いた時点で上限額を
 超えていた場合には、超えた分につきレセプトの過誤調整で対応。

18年4月分自己負担上限額管理票

受診者	福岡 太郎	①受給者番号	9876543
-----	-------	--------	---------

②月額自己負担上限額 5,000 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

③日付	④医療機関名	⑤確認印
4月10日	ABCD病院 (上限額に達した日付・病院名を記入)	印

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
4月3日	ABCD病院	3,000	3,000	印
4月3日	EFGH薬局	1,000	4,000	印
4月10日	ABCD病院	1,000	5,000	印

4月10日	EFGH薬局	1,000	6,000	印
-------	--------	-------	-------	---

月 日				
-----	--	--	--	--

月 日				
-----	--	--	--	--

月 日				
-----	--	--	--	--

月 日				
-----	--	--	--	--

月 日				
-----	--	--	--	--

月 日				
-----	--	--	--	--

月 日				
-----	--	--	--	--

月 日				
-----	--	--	--	--

月 日				
-----	--	--	--	--

↓
 本来なら自己負担額の徴収はここまで

この日は ABCD 病院 から 本人 に 管理票 を 渡す。

それぞれの医療機関で
 記入。

本人には薬局から払戻
 レセプトは過誤調整で対応。

①, ② は 受給者証が届いた時点で本人が。
 (医療機関の方から代理記入しても可)

③, ④, ⑤ は、受給者証が届いた日の
 最初の受診日に ABCD 病院が
 記入していただくこととなります。