精神障害者医療費助成事業について(概要)

奈良県では、精神障害者保健福祉手帳の１級・２級所持者に対して、平成２６年１０月診療分より全診療科の入院・通院について医療費助成を行います。（県から市町村への補助基準）

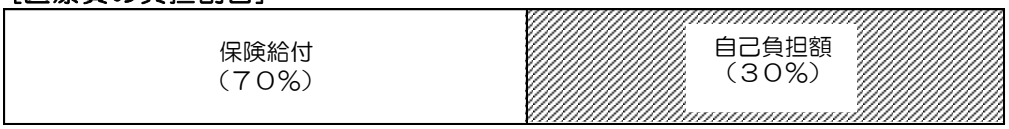
※実施主体の市町村により、対象者・開始時期が異なります。
市町村毎の開始時期等は決定され次第、県より通知します。

■ 助成の範囲は福祉医療制度と同じです。

○医療保険の自己負担額に対して助成します。

（例）自己負担割合３割で通院の場合

[医療費の負担割合]



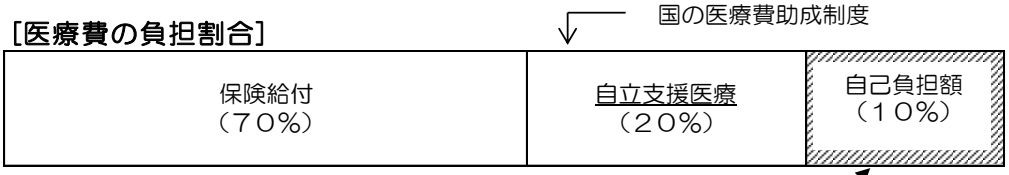
自己負担額から一部負担金を除いて助成されます。

※一部負担金は、１医療機関ごとに月額500円
（14日以上の入院の場合は月額1,000円）

○国の医療費助成制度が優先されます。

（例）自立支援医療（精神通院）も受給し、指定自立支援医療機関に通院した場合

[医療費の負担割合]



自己負担額から一部負担金を除いて助成されます。

■ 助成方法も、福祉医療制度と同じ自動償還方式です。

○医療機関の窓口では、従来どおり自己負担額を徴収してください。

○医療機関での事務処理は福祉医療制度と基本的に同じですが、注意点は次の２点です。

①**受給資格証（公費負担者番号）を新設**します。国保レセプトには、この公費負担者番号を表示してください。（２～３ページ参照）

②社保レセプトの適用欄には「奈良県精神医療」と表示してください。（３ページ参照）

○国保連合会へ提出の「自己負担額支払明細書」は、福祉医療と同じ用紙に併せて記入してください。

（４ページ参照）

問い合わせ先
奈良県医療政策部保健予防課精神保健係
ＴＥＬ：０７４２－２７－８６８３　ＦＡＸ：０７４２－２７－８２６２

精神障害者医療費受給資格証について

■ 様式（用紙の色：白色、印刷色：黒色）

精

精神障害者医療費受給資格証

公費負担者番号		8 0
受給者番号		
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで
発行機関名及び印		
交付年月日		年 月 日

（注）奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。

■ 公費負担者番号

保険者名	法別	府県	実施機関	検証
01 奈良市	80	29	001	8
02 大和高田市	80	29	002	6
03 大和郡山市	80	29	003	4
04 天理市	80	29	004	2
05 橿原市	80	29	005	9
06 桜井市	80	29	006	7
07 五條市	80	29	007	5
08 御所市	80	29	008	3
09 生駒市	80	29	009	1
30 香芝市	80	29	071	1
50 葛城市	80	29	010	9
51 宇陀市	80	29	011	7
12 山添村	80	29	053	9
13 平群町	80	29	054	7
14 三郷町	80	29	055	4
15 斑鳩町	80	29	056	2
16 安堵町	80	29	057	0
17 川西町	80	29	058	8
18 三宅町	80	29	059	6
19 田原本町	80	29	060	4
24 曽爾村	80	29	065	3
25 御杖村	80	29	066	1
26 高取町	80	29	067	9
27 明日香村	80	29	068	7
31 上牧町	80	29	072	9
32 王寺町	80	29	073	7
33 広陵町	80	29	074	5
34 河合町	80	29	075	2
35 吉野町	80	29	076	0
36 大淀町	80	29	077	8
37 下市町	80	29	078	6
38 黒滝村	80	29	079	4
40 天川村	80	29	081	0
41 野迫川村	80	29	082	8
43 十津川村	80	29	084	4
44 下北山村	80	29	085	1
45 上北山村	80	29	086	9
46 川上村	80	29	087	7
47 東吉野村	80	29	088	5

◆ 公費負担番号の構成は「８０」＋都道府県番号＋実施機関番号＋検証番号です。

レセプトへの表示について

公費負担者番号、摘要欄に注意してください。

記載例(訪問看護ステーション)

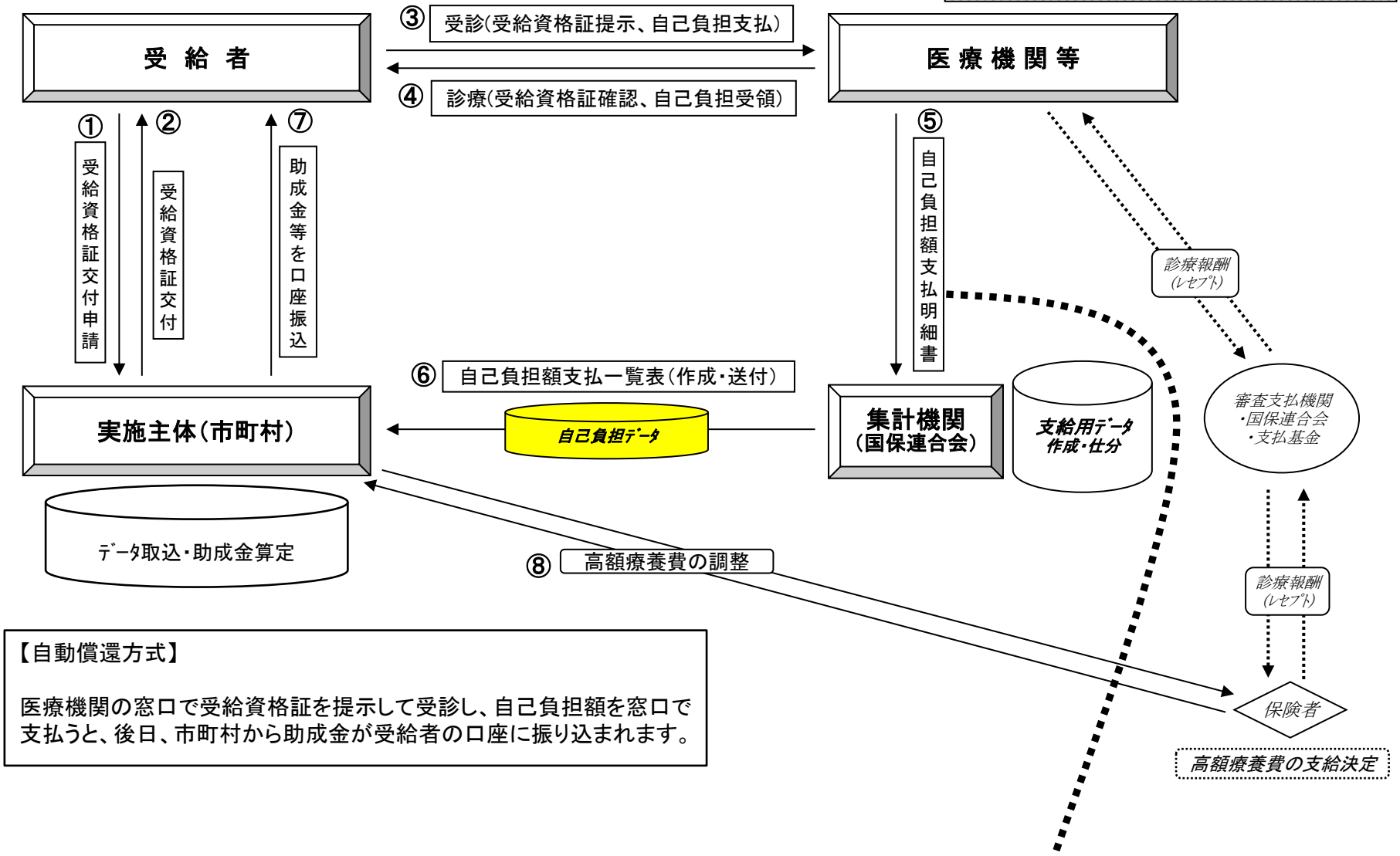
国保・社保別　事業所対応事務・早見表

区　分		訪問看護療養費明細書への 精神障害者医療取扱表示
国保	(県内)市町村国保	公費負担者番号欄、受給者番号欄に 精神障害者医療費受給資格証の 「公費負担者番号、受給者番号」を表示
	(県内)国保組合等	
	(県外)国保組合等	レセプトへの記載の必要はありません。
社　保		右上「奈良県精神医療」表示

※手書きで訪問看護療養費明細書を作成される医療機関等のみ、右上へ「奈精」表示でも可。

奈良県の精神障害者医療費助成事業の仕組み（自動償還方式）

福祉医療制度と同じ仕組みです。



【自動償還方式】

医療機関の窓口で受給資格証を提示して受診し、自己負担額を窓口で支払うと、後日、市町村から助成金が受給者の口座に振り込まれます。

※この明細書は、毎月、奈良県国民健康保険団体連合会に提出する。

平成　　年　　月分

福祉医療費自己負担額支払明細書

保険区分	1（国保）・ 2（社保）

奈良県国民健康保険団体連合会　　殿

表　別						機関コード
医	1	調	4	訪	6	
歯	3	柔	9			

下記のとおり送付する

平成　　年　　月　　日

医療機関所在地
名称
開設者　　印
電話

公費負担者番号	受給者番号	保険者番号	氏名	生年月日 年 月 日	入院区分 入 外	割合	実日数	合計点数	自己負担支払額	(長)	診療年月 年 月	備考
7129					1 2			点	円	長	4	
7129					1 2					長	4	
7129					1 2					長	4	
8129					1 2					長	4	
8129					1 2					長	4	
8129					1 2					長	4	
9129					1 2					長	4	
9129					1 2					長	4	
8029					1 2					長	4	
8029					1 2					長	4	
8029					1 2					長	4	
8029					1 2					長	4	
						合計（99）						

・「福祉医療」受給者と同じ用紙に併せて、「精神障害者医療費助成事業」受給者（公費負担者番号80）の自己負担支払額等を記入してください。

・自立支援医療（精神通院）と併用の場合も必ず記入してください。

①この明細書は奈良県国民健康保険団体連合会に提出する。
②この明細書は国保・社保別に作成するものとし、右上欄の該当番号を○で囲む。
③表別欄医科は１、歯科は３、調剤は４、柔整は９、訪問看護は６の該当番号を○で囲む。
④請求書が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。
⑤入外区分欄は入院は１、入院外は２を○で囲む。
⑥「生年月日」欄は、元号を次の区分で表記してはじめる。（明治:1, 大正:2, 昭和:3, 平成:4）
⑦割合欄は、受給者自己負担割合の１，２，３を記入する。
⑧合計点数は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
⑨自己負担支払額欄は、福祉医療受給者が窓口で支払った額を記入する。
⑩(長) 欄は、長期高額疾病患者の高額療養該当者は、長を○で囲む。
⑪診療年月欄は取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。
⑫合計欄は、請求書１枚ごとに合計点数、自己負担支払額を集計して記入する。

(頁/総枚数)