

# 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]



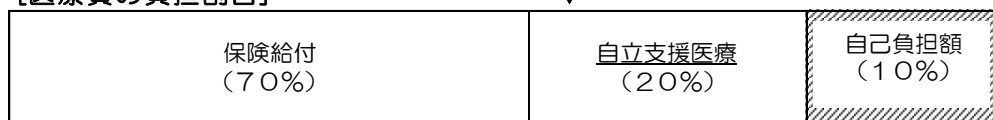
※一部負担金は、1医療機関ごとに月額500円  
(14日以上入院の場合は月額1,000円)

自己負担額から一部負担金を除いて助成されます。

○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]



国の医療費助成制度

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。(2~4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、4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。(5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)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">精</span> <span style="margin-left: 10px;">精神障害者医療費受給資格証</span> </div>		
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	
<small>(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。</small>		

## ■ 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 曾爾村	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。

# レポー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(医科)

診療報酬明細書 (医科入院外)

平成 年 月 日

診療科: 精神科

患者氏名: 〇〇〇〇

生年月日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療時間: 〇〇:〇〇-〇〇:〇〇

診療内容: 〇〇〇〇

処方薬: 〇〇〇〇

検査結果: 〇〇〇〇

診療報酬: 〇〇〇〇

公費負担者番号: 〇〇〇〇

受給者番号: 〇〇〇〇

国保分

ここへ  
受給資格証の「公費負担者番号・受給者番号」を表示

診療報酬明細書 (医科入院外)

平成 年 月 日

診療科: 精神科

患者氏名: 〇〇〇〇

生年月日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療時間: 〇〇:〇〇-〇〇:〇〇

診療内容: 〇〇〇〇

処方薬: 〇〇〇〇

検査結果: 〇〇〇〇

診療報酬: 〇〇〇〇

公費負担者番号: 〇〇〇〇

受給者番号: 〇〇〇〇

ここへ  
「奈良県精神医療」を表示

社保分

摘要欄

## 記載例(歯科)

診療報酬明細書 (歯科)

平成 年 月 日

診療科: 精神科

患者氏名: 〇〇〇〇

生年月日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療時間: 〇〇:〇〇-〇〇:〇〇

診療内容: 〇〇〇〇

処方薬: 〇〇〇〇

検査結果: 〇〇〇〇

診療報酬: 〇〇〇〇

公費負担者番号: 〇〇〇〇

受給者番号: 〇〇〇〇

国保分

ここへ  
受給資格証の「公費負担者番号・受給者番号」を表示

他公費がある場合は、精神障害者医療費助成事業分は摘要欄に表示

診療報酬明細書 (歯科)

平成 年 月 日

診療科: 精神科

患者氏名: 〇〇〇〇

生年月日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療日: 〇〇/〇〇/〇〇

診療時間: 〇〇:〇〇-〇〇:〇〇

診療内容: 〇〇〇〇

処方薬: 〇〇〇〇

検査結果: 〇〇〇〇

診療報酬: 〇〇〇〇

公費負担者番号: 〇〇〇〇

受給者番号: 〇〇〇〇

ここへ  
「奈良県精神医療」を表示

社保分

摘要欄

# 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(調剤)

国保分

ここへ  
受給資格証の「公費負担者  
番号・受給者番号」を表示

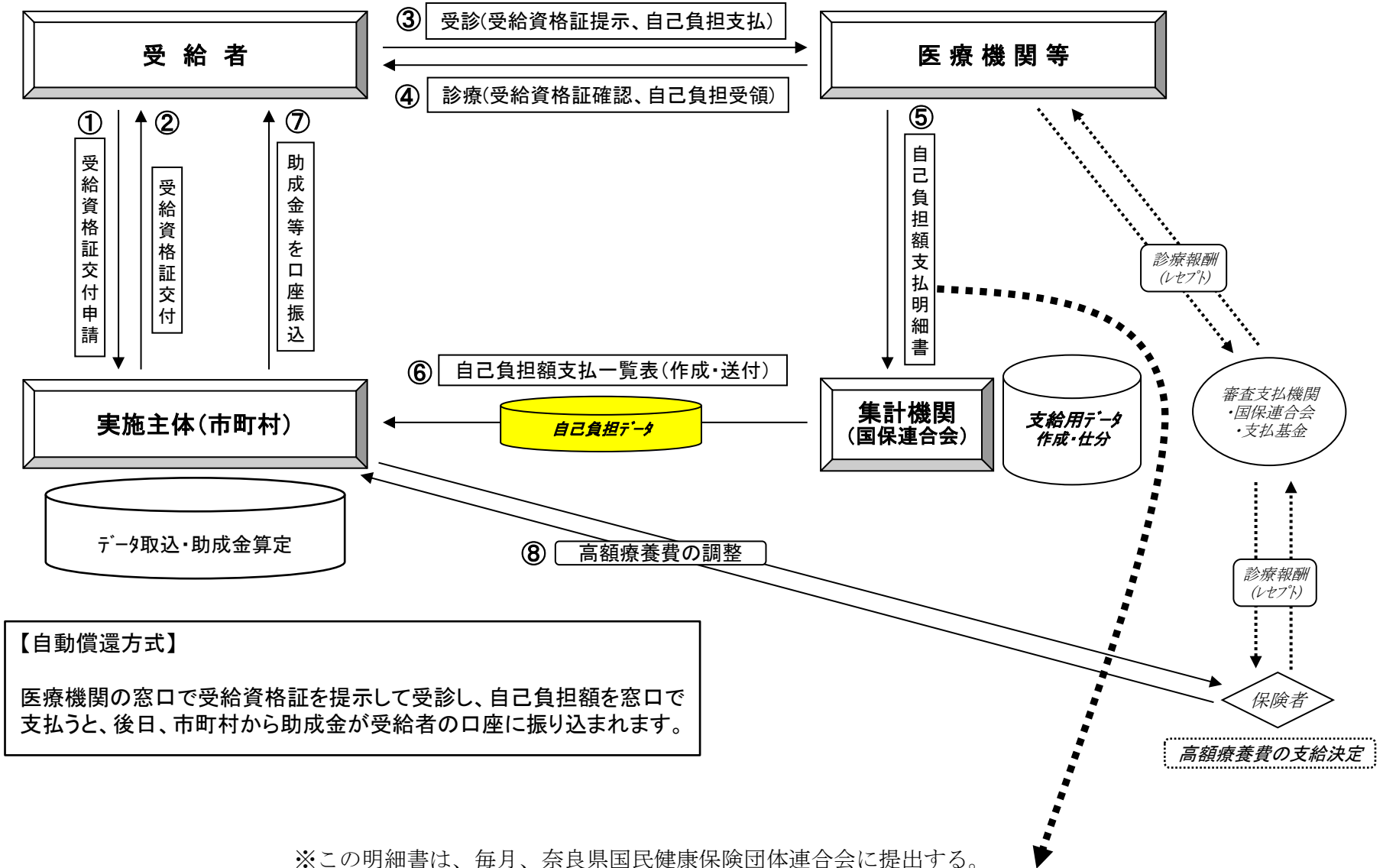
社保分

ここへ  
「奈良県精神医療」を表示

摘要欄

# 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。



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

医療機関所在地

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

名称

開設者

電話

平成 年 月 日

(印)

公費負担者番号	受給者番号	保険者番号	氏 名	生年月日			入院区分 入 外	割合	実日数	合計点数	自 己 負 担 額 (長)	診 療 年 月		備 考
				年	月	日						年	月	
7 1 2 9							1 2			点	円	長	4	
7 1 2 9							1 2					長	4	
7 1 2 9							1 2					長	4	
8 1 2 9							1 2					長	4	
8 1 2 9							1 2					長	4	
8 1 2 9							1 2					長	4	
9 1 2 9							1 2					長	4	
9 1 2 9							1 2					長	4	
8 0 2 9							1 2					長	4	
8 0 2 9							1 2					長	4	
8 0 2 9							1 2					長	4	
8 0 2 9							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)

