

～ 埼玉県内の保険医療機関、保険薬局、訪問看護事業者の皆様へ ～

重度心身障害者医療費助成制度の対象を拡大します

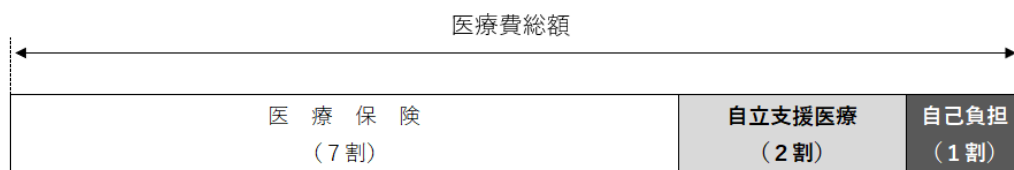
新たに助成対象となる方

精神障害者保健福祉手帳 2 級をお持ちの方

※ 65 歳になる前に精神障害者保健福祉手帳 2 級以上の交付を受けた方に限ります。

助成対象とする医療費

自立支援医療（精神通院）の自己負担金を助成します



※ 自立支援（精神通院）医療を併用した医療費のみが対象となります。
入院費、内科・外科受診に係る通院費は対象外です。

重度医療の対象

対象拡大の時期

令和 8 年 1 月診療分から

※ 実施主体である市町村により異なります。

公費負担者番号「84～」と「82～」
で対象となる医療費が異なります。
受給者証に記載されている番号を
確認してください。

その他

■ 新たに助成対象となる精神 2 級の方には公費負担者番号「**8 4 1 1 * * * ***」
による県内現物給付を実施します。 ※ 実施状況は市町村により異なります。

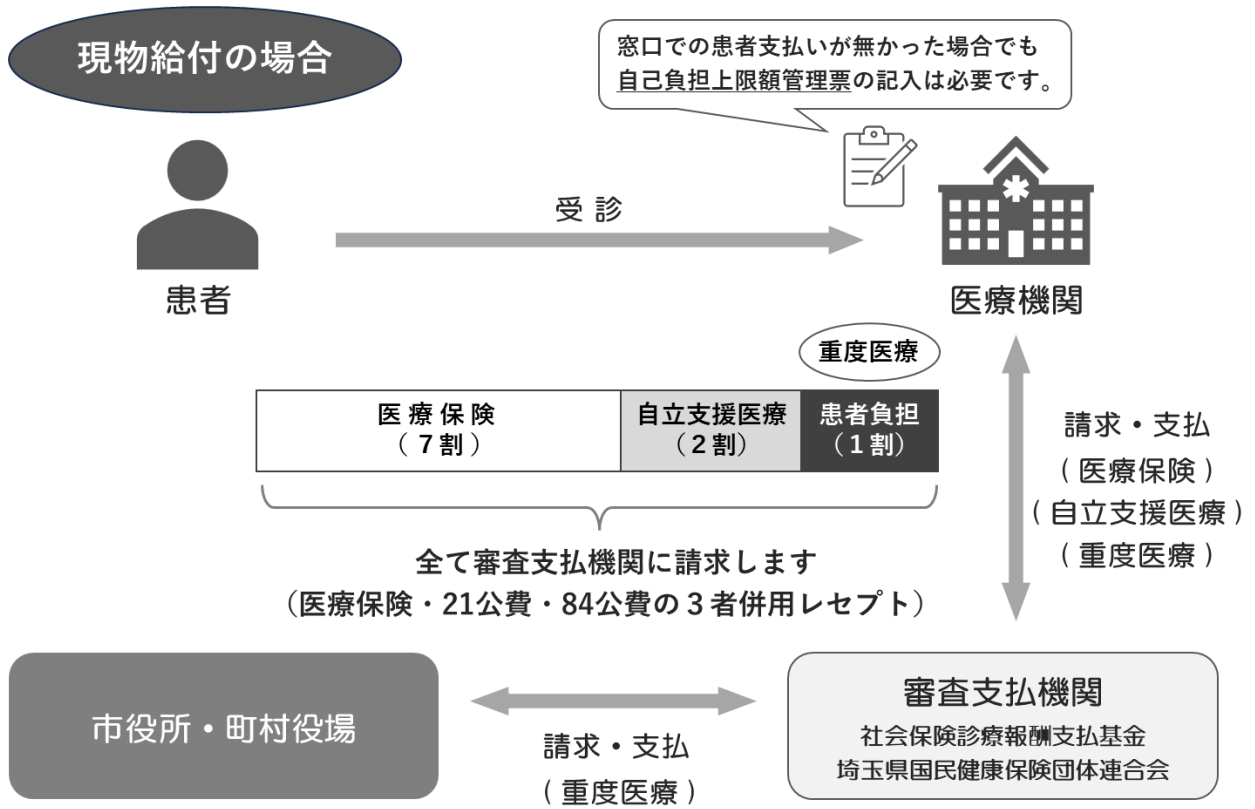
■ 本制度の既存の対象者の方（身体 1 ～ 3 級・療育[Ⓐ]～B・精神 1 級所持者、後期
高齢者医療制度の障害認定者）については助成内容の変更はありません。
公費負担者番号「**8 2 1 1 * * * ***」はこれまでどおりの運用となります。

－ 医療機関等における注意事項 －

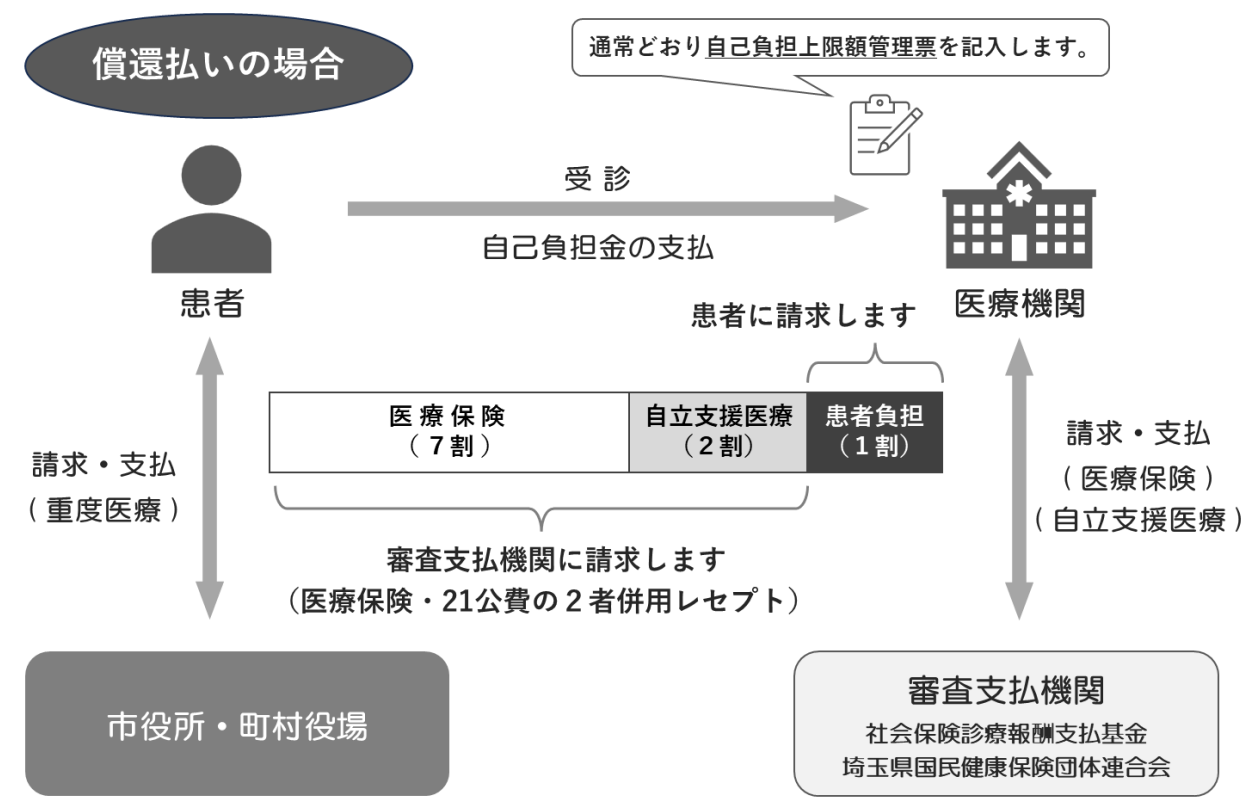
- 1 自立支援医療と重度心身障害者医療の両方の受給者証を窓口で確認してください。
- 2 重度心身障害者医療費の現物給付により窓口での患者負担が無かった場合でも、
自立支援医療の自己負担上限額管理票の記入は必要です。
- 3 自立支援医療（法別番号 21）を併用していない重度心身障害者医療（法別番号 84）
のレセプト請求は返戻となります。

（お問い合わせ）埼玉県保健医療部国保医療課 福祉医療・後期高齢者医療担当

TEL : 048-830-3364 Mail : a3350-06@pref.saitama.lg.jp



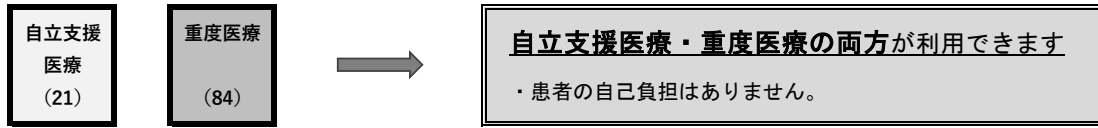
- ★ 窓口での患者負担はなくなります。
- ★ これまで患者が支払っていた負担分は併用レセプトで審査支払機関へ請求します。



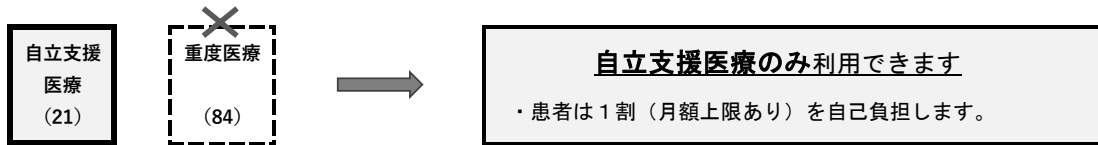
- ★ これまでと同様に患者から自己負担金の支払を受けます。
- ★ 患者は医療機関の領収書をもって市役所・町村役場へ助成金を請求します。

受給者証について

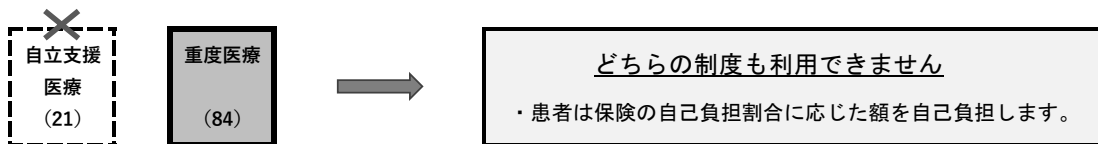
- ◆ 自立支援医療と重度心身障害者医療費の両方の受給者証を持っている。



- ◆ 自立支援医療の受給者証は持っているが、重度心身障害者医療費の受給者証は持っていない。



- ◆ 重度心身障害者医療費の受給者証は持っているが、自立支援医療の受給者証は持っていない。



重度心身障害者医療費 受給者証の例 ※形式は市町村により異なります。

		後期医療	社保	国保
精神		〇〇市(町村) 重度心身障害者医療費受給者証 (精神通院医療費)		県内現物
自立支援医療(公費21)が適用された診療に限り対象となります。自立支援医療の受給者証とあわせて医療機関の窓口に提示してください。				
公費負担者番号	8	4	1	1
受給者証番号				
受給者	氏名	埼玉 花子		
	住所	埼玉県さいたま市浦和高砂3-15-1		
	生年月日	平成xx年xx月xx日		
保護者	氏名	埼玉 太郎	受給者との続柄	父
	住所	埼玉県さいたま市浦和高砂3-15-1		
有効期間	令和xx年xx月xx日 から 令和xx年xx月xx日 まで			
対象医療機関	自立支援医療の受給者証に記載されている指定医療機関でのみ使用できます。			
現物給付対象医療機関	埼玉県内の現物給付を行う指定医療機関 (現物給付を行わない場合は償還払い。)			
現物給付限度額	(限度額が設定されている場合) 月額21,000円未満の医療費 など			
年 月 日	〇〇市(町・村)長 印			

保険証、自立支援医療受給者証と同一人であるか確認してください。

有効期間内であるか確認してください。
 ※自立支援医療とは別制度であるため、受給者証の有効期間が異なります。

貴機関が当該受給者の自立支援医療の指定医療機関であるか確認してください。

市町村により現物給付の実施条件が設定されている場合があります。

レセプト請求事例

【例】保険負担割合：7割、自立支援医療上限額：2,500円、月2回通院+調剤

	医療費総額	医療保険	自立支援医療 【21】	重度医療 【84】	患者負担
		7割	2割	(上限額超分)	1割(～上限)
		↓	↓	↓	↓
1日目	病院 15,000円	10,500円	3,000円	0円	1,500円
	薬局 8,000円	5,600円	1,600円	0円	800円
2日目	病院 5,000円	3,500円	1,000円	300円	200円
	薬局 4,000円	2,800円	800円	400円	0円

重度医療は上限額の2,500円まで負担。

上限額を超えた分は自立支援医療の負担となります。
(これまでと同じ取扱い)

レセプト請求額 (病院)	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
	20,000円	14,000円	4,300円	1,700円	0円

レセプト請求額 (薬局)	医療費総額	医療保険	自立支援医療	重度医療	患者負担
	12,000円	8,400円	2,800円	800円	0円

< 病院のレセプト記載例 >

診療報酬明細書

(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和 年 月 分

公費負担者番号①	2	1	1	1	*	*	*	*	公費負担医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②	8	4	1	1	*	*	*	*	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*

公費①を自立支援医療、公費②を重度医療とします。

1 医科	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外一
2 公費			2 2 併	4 六外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	
保険者番号				給付割合	10 9 8
					7 ()
被保険者資格に係る記号・番号					(枝番)

療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円
	2,000			減額 割(円)免除・支払猶予	
	公費①	点	※	点	円
				1,700	
	公費②	点	※	点	円
					円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点