

指定医療機関に関するQ&A

【指定医療機関に関する申請について】

【Q1】

複数の薬局を運営していますが、同一の申請書でまとめて申請することは可能ですか？

【A1】

いいえ。医療機関ごとに申請が必要です。薬局ごとに申請書が必要となります。

【Q2】

指定医が不在の診療所でも指定医療機関の申請は可能ですか？

【A2】

はい。診断書の作成は指定医のみが可能ですが、医療費助成の対象となる診察は指定医でなくてもできますので、申請することは可能です。

【Q3】

内科と歯科で異なる医療機関コードを持っていますが、申請する場合は個別に行う必要がありますか？

【A3】

はい。医療機関コードが異なる場合は、それぞれ別の医療機関として扱われます。

【診療・調剤等について】

【Q4】

名古屋市外にお住まいの受給者に診療を行う場合、受給者のお住まいの自治体(都道府県または指定都市)の指定を受ける必要はありますか？

【A4】

いいえ。医療機関の所在地を管轄する都道府県または指定都市の指定を受けていれば、医療費助成の対象となる診察を行うことができます。受給者がお住まいの自治体ごとに指定を受ける必要はありません。

【Q5】

薬の処方箋や訪問看護指示書の作成機関は指定医療機関に限定されますか？

【A5】

はい。指定医療機関でない医療機関が作成した処方箋や訪問看護指示書による調剤や訪問看護を行った場合は、特定医療費(指定難病)の助成対象になりません。

【受給者証について】

【Q6】

(名古屋市以外で交付されたものを含め)受給者証に当医療機関の名称が記載されていなくても、当医療機関ではその受給者証の適用はできますか？

【A6】

はい。受給者から申し出があった場合は、緊急その他やむを得ない場合として、指定医療機関である限り適用することができます。ただし、貴医療機関がかかりつけの医療機関で受給者証に記載されていなければ、受給者から当該都道府県または指定都市に対し、指定医療機関の追加や変更申請を行っていただく必要があります。お住まいの地域の保健所等の窓口で手続きを行っていただくよう、受給者の方へご案内ください。

【Q7】

受給者証に記載されている「適用区分」と「階層区分」の違いは何ですか？

【A7】

「適用区分」は高額療養費の算定基準に係るものであり、「階層区分」は当該受給者の月ごとの自己負担上限額を示すものです。

【自己負担上限額管理票について】

【Q8】

病院・診療所が発行した処方箋を、翌月に患者さんが持参して薬を調剤した場合、どの月のページに記載すれば良いですか？

【A8】

調剤を行った月のページに記載してください。

【Q9】

訪問看護サービス利用料は利用月と請求月のどちらに記載すれば良いですか？

【A9】

利用月のページに記載してください。利用日の自己負担の累積額を確認したうえで受給者から徴収し、当該額を記載してください。

【Q10】

自己負担額の累積額が上限月額に達した後も記載する必要がありますか？

【A10】

はい。「軽症高額該当」及び「高額かつ長期」による今後の申請に必要な事項となります。自己負担上限月額に達した後も医療費総額の記載をお願いします。

【Q11】

受給者から自己負担上限額管理票を預かり、医療機関等が管理しても良いですか？

【A11】

いいえ。自己負担上限額管理票は、受給者証と同様に受給者が管理するものです。医療機関等で預かってしまうと、受給者が複数の医療機関等を利用される場合、他の医療機関等で当該月の自己負担の累積額を確認できないことが想定されます。受診などの都度提示を求め、記載後に返却してください。

【Q12】

訪問看護を提供した際、利用料の徴収は月末や翌月に一括徴収しても良いですか？

【A12】

はい。サービスを提供した翌月に一括徴収して構いません。ただし、その場合、利用月における自己負担の累積額を自己負担上限額管理票で確認したうえで、受給者より徴収してください。既に自己負担上限月額に達している場合は、受給者からの徴収は行わないで下さい。

【Q13】

【Q12】 の場合、自己負担上限額管理票にはどのように記載すれば良いですか？

【A13】

サービスを提供した日が月内に複数回あった場合でも、一括して徴収した金額及び徴収した金額に係る医療費総額を、サービス提供月のページに一行で記載してください。

【Q14】

障害者医療費助成制度医療証等をお持ちの方にはどのように記載すれば良いですか？

【A14】

福祉医療費助成制度(障害者医療費助成制度、福祉給付金支給制度)の受給資格をお持ちの方の場合、まずは特定医療費助成制度(指定難病)の制度を適用し、「特定医療費助成制度(指定難病)適用後の自己負担額」に対して福祉医療費助成制度を適用してください。

優先順位は以下の通りです。

- 1 医療保険適用
- 2 特定医療費助成制度(指定難病)適用
- 3 福祉医療費助成制度適用

結果的に受給者が支払う額が 0 円になる場合でも、難病の医療費助成において受給者が本来負担するべき額を自己負担上限額管理票に記載してください。

※「自己負担上限額」と「特定医療費総額の 2 割」の低い方が、認定を受けた受給者の負担額となります。

【受給者負担額例：一般所得 I の受給者が自己負担上限額(月額:10,000 円)まで負担する場合】

(医療費の 2 割 > 自己負担上限額=10,000 円)

難病に係る医療費(指定特定医療の費用)総額 100,000 円		
医療保険: 7 割 70,000 円	一般的な窓口負担: 3 割 30,000 円	
	特定医療費助成制度 (指定難病)適用 20,000 円	自己負担上限額 10,000 円 ↓ 福祉医療費助成制度適用 0 円

→「10,000 円」と記載

【受給者負担額例：一般所得 I の受給者が医療費の 2 割まで負担する場合】

(医療費の 2 割 < 自己負担上限額=10,000 円)

難病に係る医療費(指定特定医療の費用)総額 40,000 円		
医療保険: 7 割 28,000 円	一般的な窓口負担: 3 割 12,000 円	
	特定医療費助成制度 (指定難病)適用: 1 割 4,000 円	自己負担額: 2 割 8,000 円 ↓ 福祉医療費助成制度適用 0 円

→8,000 円と記載

