

○箱根町重度障害者医療費助成要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、重度障害者の保健の向上と福祉の増進を図るため、重度障害者が療養の給付を受けた場合にその医療費を助成することに関し必要な事項を定めるものとする
(対象者)

第2条 この要綱により医療費の助成を受けることができる者(以下「対象者」という。)は、箱根町の住民基本台帳に記録されているものであって、社会保険各法の規定による被保険者(組合員)及びその被扶養者又は国民健康保険法(昭和33年法律第192号)の規定による被保険者若しくは、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)の規定による医療を受けることのできる者のうち、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により身体障害者手帳(以下「手帳」という。)の交付を受け、身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号(以下「別表」という。)に規定する1級又は2級に該当する障害を有する者
- (2) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第15条に規定する児童相談所(以下「児童相談所」という。)又は知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第12条に規定する知的障害者更生相談所(以下「更生相談所」という。)において知能指数が35以下と判定された者
- (3) 手帳の交付を受け、別表の3級に該当する障害を有する知能指数が50以下と判定された者
- (4) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受け、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和25年政令第155号)第6条第3項に規定する1級に該当する者

2 前項に規定する社会保険各法とは、次の各号に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)
- (2) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (3) 国家公務員等共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (5) 私立学校教職員共済組合法(昭和28年法律第245号)

3 第1項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、対象者から除くものとする。

- (1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による医療保護を受けている者

(2) その他法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療費の全額助成を受けている者

(助成の始期及び終期)

第3条 医療費の助成は、次に掲げる日以降に受けた療養の給付について行うものとする。

(1) 箱根町の住民となった日

(2) 社会保険各法の規定による被保険者(組合員)及びその被扶養者又は国民健康保険法
の規定による被保険者の資格を取得した日

(3) 前条第1項各号のいずれかに認定され、又は判定された日

2 医療費の助成は、次に掲げる日以降に受けた療養の給付については行わない。

(1) 箱根町の住民でなくなった日

(2) 社会保険各法の規定による被保険者(組合員)及びその被扶養者又は国民健康保険法
の規定による被保険者の資格を喪失した日

(3) 障害程度の変更により前条第1項各号のいずれにも該当しなくなったとき

(助成の申請)

第4条 医療費の助成を受けようとする者は、あらかじめ重度障害者医療証交付申請書(第1号様式)に被保険者証又は組合員証及び手帳を添えて町長に申請しなければならない。

(医療証の交付)

第5条 町長は、前条の申請があった場合は、内容を審査し、適当と認めるときは、申請者に重度障害者医療証(第2号様式)を交付するものとする。

(医療証の有効期間)

第6条 重度障害者医療証の有効期間は1年とする。ただし、町長が特別な理由があると認めるときは、この限りではない。

(医療証の更新)

第7条 医療証の更新は、職権により行うことができるものとする。

(医療証の提示)

第8条 医療証の交付を受けている者(以下「受給者」という。)が、保険医療機関又は保険薬局(以下「保険医療機関等」という。)において療養の給付を受けようとするときは、当該保険医療機関等に医療証を提示しなければならない。

(医療証の再交付申請)

第9条 受給者は、医療証を破り、汚し、又は紛失したときは、重度障害者医療証再交付申請書(第3号様式)を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

- 2 医療証を破り、又は汚した場合の前項の申請には、その医療証を添えなければならない。
- 3 受給者は、医療証の再交付を受けた後、紛失した医療証を発見したときは、直ちにこれを町長に返還しなければならない。

(届出の義務)

第10条 受給者は、医療証の記載事項に変更があったとき又は助成資格を喪失したときは、速やかに重度障害者医療証変更届出書(第4号様式)を町長に提出しなければならない。

- 2 医療証の有効期間が満了し、又は資格を喪失したときは、直ちに医療証を町長に返還しなければならない。

(療養の給付の適用範囲)

第11条 この要綱の規定により医療費の助成を受けることができる療養の給付の範囲は、社会保険各法及び国民健康保険法にそれぞれ規定する療養の給付とし、自己診療による療養の給付については適用しない。

(助成額)

第12条 医療費の助成額は、療養の給付に要する費用のうち、社会保険各法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律その他医療保険に関する法令の規定により療養の給付を受ける者が負担すべき額とする。ただし、家族療養費付加給金又は高額療養費の支給があるときは、療養の給付を受ける者が負担すべき額から当該不加給付金及び高額療養費相当額を控除した額とする。

(助成の方法)

第13条 医療費の助成は、助成する費用を保険医療機関等に支払うことにより行うものとする。ただし、受給者により療養費の支払いがなされたときは、当該受給者又は対象者に対して支払うものとする。

- 2 高額療養費が被保険者又は組合員に支給される場合は、前条本文に規定する額を保険医療機関等に支払い、当該被保険者又は組合員から高額療養費に相当する額の返還を求めるものとする。

(費用の支払の請求)

第14条 保険医療機関等は、療養の給付を受けた受給者に係る医療費の支払を町長に請求する場合は、診療した日が属する月の医療費を一括して翌月15日までに重度障害者医療費及び手数料請求書(第5号様式)により町長に請求するものとする。ただし、神奈川県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)が町長の委託を受けて取り扱う国民健康保険被保険者の医療費の請求については、厚生労働省で定める診療報酬請求書及び診

療報酬明細書を診療した日の属する月の翌月10日までに国保連合会に提出するものとする。

- 2 前条第1項ただし書の規定により医療費の助成を受けようとする者とは、重度障害者療養費支給申請書(第6号様式)に証拠書類を添えて町長に請求するものとする。

(費用の支払い)

第15条 町長は、前条の請求書又は申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適正と認めるときは、医療費相当額を支払うものとする。

- 2 国保連合会は、前条1項ただし書に規定する診療報酬明細書の提出があったときは、その内容を審査し、適正と認めるときは、審査の終わった日の属する月の翌月15日までに保険医療機関等に支払うものとする。

(取扱手数料の支払い)

第16条 町長は、第14条本文に規定する請求に係る取扱手数料について保険医療機関等から請求があった場合は、前条1項の例について支払うものとする。

(損害賠償との調整)

第17条 町長は、受給者がその疾病又は負傷について第三者から損害賠償を受けたときは、その価額の限度において医療費の全部若しくは一部を助成せず、又は既に助成した医療費の額に相当する額を返還させることができる。

(不正利得した場合の措置)

第18条 町長は、偽りその他不正の手段によりこの要綱による助成を受けた者があるときは、その者から、その助成を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返還させることができる。

(受給権の保護)

第19条 この要綱により助成を受ける権利は、これを譲渡し、又は担保にすることができない。

(委任)

第20条 この要綱に定めるものほか、重度障害者医療費の助成に関し必要な事項は別に定める。

附 則

- 1 この要綱は昭和58年10月1日から施行し、昭和58年2月1日以後に受けた療養の給付から適用する。

- 2 箱根町国民健康保険重度障害者医療費助成要綱(昭和54年4月1日施行)は、廃止する。

- 3 昭和58年2月1日前に受けた療養の給付に係る遺留日の助成については、なお従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は昭和59年10月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行前の給付分については、従前の例によるものとする。

附 則

- 1 この要綱は平成25年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行前の給付分については、従前の例によるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成29年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

第1号様式（第4条関係）

重 度 障 害 者 医 療 証 交 付 申 請 書

資格者	ふりがな							男 女	住 所		医療証(台帳)番号
	氏 名										医療証交付年月日
	個人番号	□□□□□□□□□□□□□□□□							電 話 番 号	年 月 日	
	生年月日	年 月 日									
加 入 医 療 保 険	被保険者又は組合員の氏名							資格者との続柄			
	記号		番号		保険者番号						
	1 箱根町国民健康保険				2 全国健康保険協会 (支部)						
	3 () 健康保険組合 共 済 組 合				4 神奈川県後期高齢者医療広域連合						
該 当 年 月 日	年 月 日										
手 帳 番 号											
等 級 及 び 障 害 名											
<p>本書のとおり、医療証の交付を申請します。 なお、申請にあたり、租税に関する公簿の閲覧（個人番号を利用した所得照会を含む）について、同意します。 年 月 日 箱根町長 様</p>										住 所	氏 名

第2号様式（第5条関係）

注 意 事 項	
1	この証は、医療保険証に添えて医療機関等に提示することにより、保険診療の自己負担が助成されるものですので、診療を受けるときは、医療機関等の窓口へ提出してください。
2	この証が使えるのは、原則として、小田原市及び足柄下郡3町（箱根町、湯河原町、真鶴町）内の医療機関等ですが、神奈川県内の場合、その他の地域でも取り扱う医療機関等もありますのでご承知ください。（※神奈川県外の医療機関等では使えません）
3	この証が使えない医療機関等で診療を受けたときは、窓口でいったん自己負担をしていただきますが、後日、領収書を添付して町へ払い戻しの申請をしてください。ただし、入院時食事療養費の標準負担額は自己負担となります。
4	氏名、住所、加入医療保険等に変更があったときや、転出などで受給資格がなくなったとき、また、証を紛失したときなどは届け出をしてください。 (問い合わせ先)

重度障害者  医療証		
負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所	
	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日 生
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
一部負担金	入院 1日につき 0円 入院外 受診等 1回につき 0円 調剤 0円 ※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。	
上記の者は、箱根町重度障害者医療費助成制度の対象者であることを証明する。 神奈川県足柄下郡箱根町長		
交付年月日	年 月 日	

第3号様式（第9条関係）

年 月 日

箱根町長様

申請者 氏名
(受給者との続柄)

重度障害者医療証再交付申請書

標記 医療証について、再交付を受けたく申請します。

受給者 住所
氏名
個人番号
生年月日

再交付申請の理由

医療証の記号番号 記号
番号

第4号様式(第10条関係)

年 月 日

箱根町長様

申請者氏名
(受給者との続柄)

重度障害者医療証変更届出書

標記に係る次の事項に変更を生じたので、お届けします。

受給者	住所				
	氏名				
	個人番号				
	生年月日				
医療証番号		記号			
変更事項	1 転居	2 保険関係	3 保険者異動	4 転出	
	5 死亡	6 生保開始	7 保険未加入		
	8 その他 ()				
変更年月日		年 月 日			

第5号様式(第14条関係)

重度障害者医療費及び手数料請求書

金 _____ 円

年 月 分上記のとおり請求します。

年 月 日

療養取扱機関等コードNo. _____

住 所 _____

名 称 _____

代表者の氏名 _____

㊞

_____ 様

内 訳

重度障害者医療費 _____ 円

重度障害者医療費手数料 _____ 円

外 件のとおり

保 険 者 別	医 療 証 番 号	氏 名	総 点 数	一 部 負 担 金 (本人徴収分)	備 考
国・社 本・社 退・退 家・家			点	円	
国・社 本・社 退・退 家・家					
国・社 本・社 退・退 家・家					
国・社 本・社 退・退 家・家					
国・社 本・社 退・退 家・家					
国・社 本・社 退・退 家・家					
国・社 本・社 退・退 家・家					
国・社 本・社 退・退 家・家					
国・社 本・社 退・退 家・家					
国・社 本・社 退・退 家・家					

1 保険薬局の請求は調剤薬品料金を総点数欄に円で記入してください。

2 柔道整復師の請求総額は総点数欄に円で記入してください。

第6号様式(第14条関係)

重度障害者療養費支給申請書					
被保険者証 又は組合員証 の記号・番号		療養、医療の 給付を受け た者の氏名		世帯主と の続柄	
		生年月日	年 月 日生	性 別	男女
医療証番号	第 号	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		
診療薬剤の支給又は手当を受け た病院、診療所、薬局その他 の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名					
療養、医療の給付を受けること ができなかった理由		県外・その他（ ）			
保険診療点	点	保 険 診 療 費 用 (支 給 額)	円		
備 考					
<p>上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>箱根町長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 申 請 者 氏 名</p>					

第1号様式(第4条関係)

第2号様式(第5条関係)

第3号様式(第9条関係)

第4号様式(第10条関係)

第5号様式(第14条関係)

第6号様式(第14条関係)