宮崎県重度障がい者（児）医療費公費負担事業の手引き

（柔道整復施術所）

令和７年８月

宮崎県福祉保健部障がい福祉課

目　　次

第１章　重度障がい者（児）医療費公費負担事業について　1～8

１　事業の概要　・・・・・　1
２　重度医療費の請求・支払　・・・・・　6
３　支給申請書記載例　・・・・・　8

第２章　受給資格者証について　9～10

１　受給資格者証の様式　・・・・・　9
２　公費負担者番号の構成　・・・・・　10

Ｑ＆Ａ　11～12

関係機関連絡先　13

第１章　重度障がい者（児）医療費公費負担事業について

１　事業の概要

宮崎県内の市町村では、重度障がい者（児）の福祉の増進を図るため、保険診療等に係る医療費に対する助成制度として「重度障がい者（児）医療費公費負担事業」（以下「重度医療」といいます。）を実施しています。

（１）助成対象者

以下のいずれかに該当し、市町村から受給資格者証の交付を受けた者

① 身体障害者手帳１級又は２級を所持する者
② 療育手帳Ａ（重度）を所持する者
③ 身体障害者手帳３級と療育手帳Ｂ１（中度）を併せて所持する者
④ **精神障害者保健福祉手帳１級を所持する者**　**Ｒ７．10月から対象者追加**
ただし、精神障害者保健福祉手帳１級所持者（上記①、②又は③との重複所持者を除く。）にあっては、**精神疾患による精神科入院に係る費用を除く。**

（２）自己負担

保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーション等（以下「医療機関等」といいます。）では、保険薬局（※）を除き、以下のとおり市町村ごとに定める重度医療の自己負担額を徴収します。

※保険薬局での調剤サービスは、診療と一連の受診とみなし、自己負担はありません。

市町村名	公費負担者番号	対象者	自己負担額	担当窓口
宮崎市	95450011	・(1)の対象者	・入院：1,000円/月 ・通院：1診療報酬明細等につき500円/月 ・20歳未満は0円/月	障がい福祉課 0985-21-1772
都城市	95450029	・(1)の対象者	・入院：1診療報酬明細等につき1,000円/月 ・通院：1診療報酬明細等につき500円/月 ・20歳未満は0円/月	障がい福祉課 0986-23-2980
延岡市	95450037	・(1)の対象者	・入院：1,000円/月 ・通院：1診療報酬明細等につき500円/月 ・18歳未満は0円/月	障がい福祉課 0982-22-7059
日南市	95450045	・(1)の対象者 ・身体障害者手帳3級	・入院：1,000円/月 ・通院：1診療報酬明細等につき500円/月	福祉課 0987-31-1130
小林市	95450052	・(1)の対象者	・入院：1,000円/月 ・通院：1診療報酬明細等につき500円/月	福祉課 0984-23-0111

日　向　市	95450060	・(1)の対象者 ・障害年金 1 級 10 号、11 号	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0982-66-1019
串　間　市	95450078	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉事務所 0987-72-1123
西　都　市	95450086	・(1)の対象者	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月 ・18 歳到達後の最初の 3 月 31 日までの者は 0 円/月（R7.4 以降）	福祉事務所 0983-43-1206
えびの市	95450094	・(1)の対象者	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0984-35-1115
三　股　町	95450565	・(1)の対象者	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月 ・20 歳未満は 0 円/月 ・本人のみ所得制限超過　入院 1,000 円/月	福祉課 0986-52-9061
高　原　町	95450615	・(1)の対象者	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0984-21-2422
国　富　町	95450656	・(1)の対象者	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0985-75-9403
綾　　町	95450664	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉保健課 0985-77-1114
高　鍋　町	95450672	・(1)の対象者	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0983-26-2009
新　富　町	95450680	・(1)の対象者 ・精神障害者保健福祉手帳 1 級、2 級（2 級は身体障害者手帳 3 級又は療育手帳 B1 併用）	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0983-33-6382
西米良村	95450698	・(1)の対象者	・入院：0 円/月 ・通院：0 円/月	福祉健康課 0983-36-1114
木　城　町	95450706	・(1)の対象者 ・精神障害者保健福祉手帳 1 級、2 級	・入院：0 円/月 ・通院：0 円/月	福祉保健課 0983-32-4733
川　南　町	95450714	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0983-27-8007

都　農　町	95450722	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0983-25-5714
門　川　町	95450730	・(1)の対象者	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0982-63-1140
諸　塚　村	95450813	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	住民福祉課 0982-65-1119
椎　葉　村	95450821	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月 ・住民税非課税世帯 0 円/月	福祉保健課 0982-68-7512
美　郷　町	95450862	・(1)の対象者	・入院：1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	健康福祉課 0982-66-3610
高千穂町	95450839	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉保険課 0982-73-1202
日之影町	95450847	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	町民福祉課 0982-87-3802
五ヶ瀬町	95450854	・(1)の対象者	・入院：1 診療報酬明細等につき 1,000 円/月 ・通院：1 診療報酬明細等につき 500 円/月	福祉課 0982-82-1702

（3）助成方法

原則として**現物給付方式**（一部償還払方式あり）

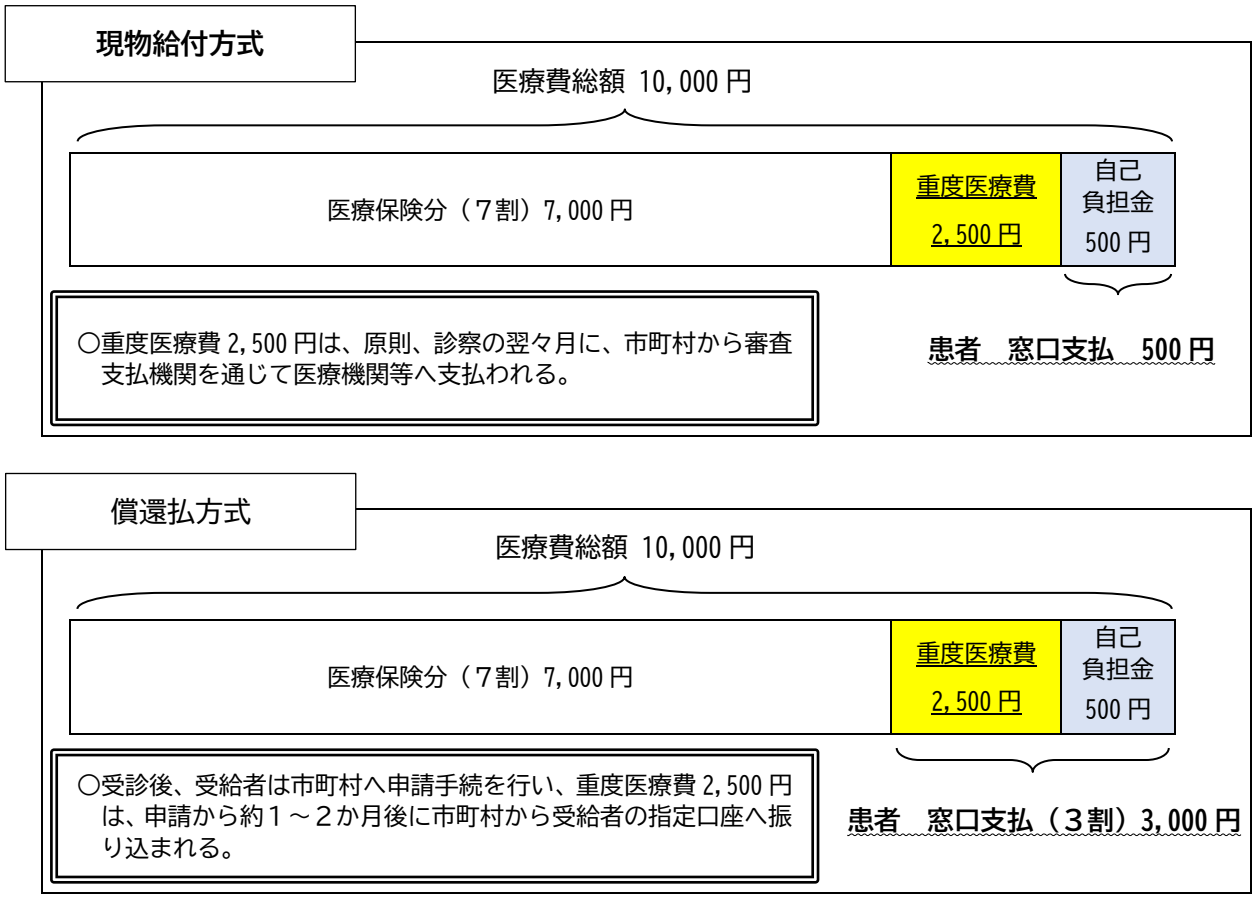
①現物給付方式とは

受給者は、医療機関等の窓口で被保険者証とともに**重度心身障害者医療費受給資格者証（以下「受給資格者証」といいます。）を提示**することにより、受給資格者証に記載された自己負担額を支払うことで医療サービスを受けることができます。

②償還払方式とは

受給者は、医療サービスを受診後、保険診療等による自己負担額を一旦支払い、領収書等を添付して市町村窓口に申請手続を行うことで、受給者の指定口座に助成金が支給されます。

（例）国民健康保険（患者負担３割）で医療機関等を受診し、医療費が 10,000 円、重度医療制度の自己負担額が 500 円の場合



【現物給付の対象となる医療費】

医療保険制度の適用される以下の医療費に係る最終的な一部負担金

（ア）県内の全ての医科・歯科に係る診療

（イ）県内の薬局における保険調剤

（ウ）県内の訪問看護ステーションにおける医療分の訪問看護

（エ）県内の柔道整復施術所による施術

【現物給付とならない場合】

次の場合には現物給付となりませんので、通常の保険診療等の取扱い（受給者から市町村窓口へ給付を申請する「償還払」となります。）としてください。

（ア）医療機関等で**受給資格者証の提示がない**場合

（イ）**宮崎県外**の医療機関・薬局での診療及び調剤の場合

※　宮崎県外の医療機関で処方箋の交付を受け、県内の薬局で調剤サービスを受けた場合、調剤サービスについては現物給付の対象となります。

（ウ）その他市町村長が特に必要があると認める場合

（エ）はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費の場合

（４）留意事項

①助成の対象とならない場合

（ア）**健康保険が適用されない**場合

（例）診断書等の文書料、介護保険適用の訪問看護、労災保険適用の医療費　など

（イ）交通事故等**第三者行為による診療**の場合

（ウ）生活保護法による医療扶助等で**医療費全額を助成**されている場合

（エ）独立行政法人日本スポーツ振興センター等の災害共済給付の対象となる場合

②助成の対象とならない医療費等

（ア）条例で定められている本人負担額（重度医療自己負担額）

（イ）入院時の食事療養に係る標準負担額

（ウ）入院時の生活療養に係る標準負担額

（エ）一部負担金に対して他の制度から受給者に支給されるもの

（例）高額療養費、治療用装具に係る療養費　など

（オ）法令に基づく支給や他の公費負担医療制度等から支給がある場合はその支給分

（例）障害者総合支援法に基づく自立支援医療　など

（カ）後発医薬品（ジェネリック医薬品）がある薬で、先発医薬品の処方を希望される場合の特別な料金（先発医薬品と後発医薬品の価格差の４分の１相当の料金）

（５）支給対象期間

市町村の条例等の定めのとおりとなります。

例）申請の日（助成対象者の資格を遡って確認できるときは、申請の日の属する月の初日又は助成対象者となった日のいずれか遅い日）　など

（６）請求方法（柔道整復施術所。以下「施術所」という。）

柔道整復療養費の保険給付額の請求とは別に、助成分の柔道整復施術療養費支給申請書、申請総括票（Ⅰ）・（Ⅱ）により、国保分・社保分ともに宮崎県国民健康保険団体連合会に行います。

※申請総括票（Ⅰ）を提出していない場合があります。現物給付化により提出書類が変更になる訳ではありませんので、これまでの方法に従って提出してください。

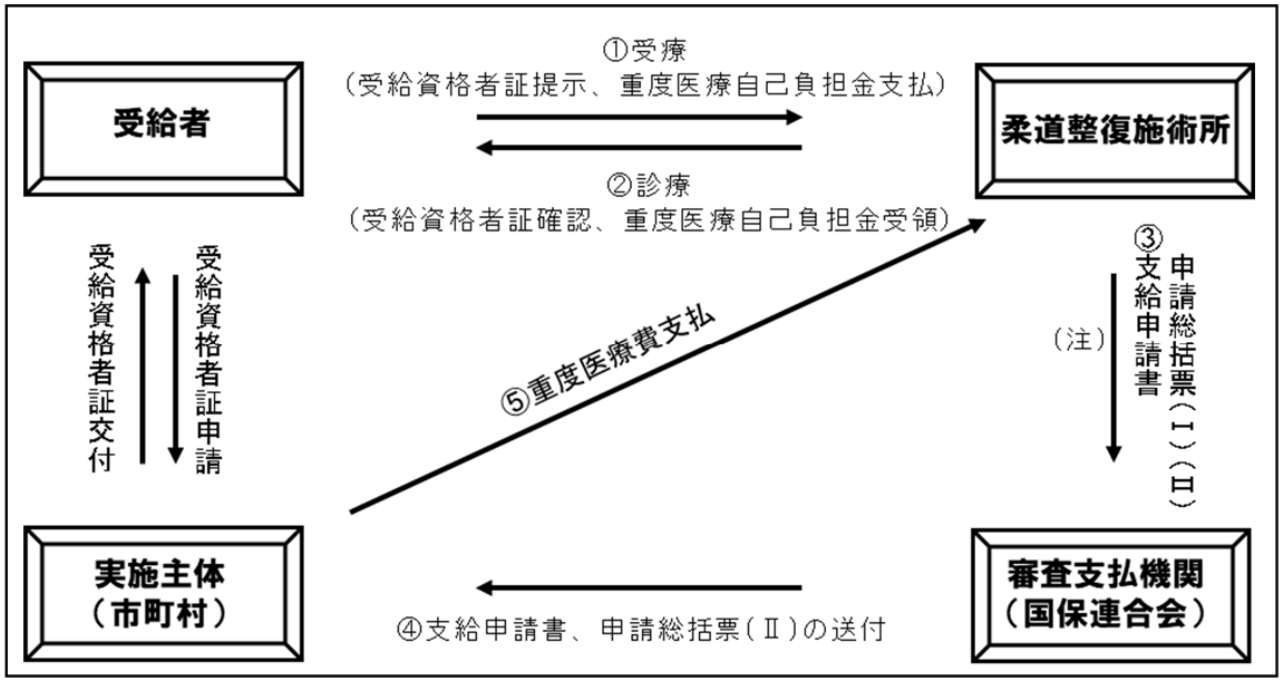
（７）事業の実施主体

宮崎県内の市町村

（８） 法別番号

「９５」

２　重度医療費の請求・支払について



①　受給者は、受給者資格証と被保険者証を施術所に提示して受診します。

②　施術所は、受給資格者証を確認し、診療、自己負担金の受領を行います。

③　施術所は、柔道整復療養費の保険給付額の請求とは別に、助成分の柔道整復施術療養費支給申請書及び申請総括票（Ⅰ）・（Ⅱ）、社保分・国保分ともに国保連合会に提出します。

④　国保連合会は、内容を確認の上、支給申請書等を市町村へ送付します。

⑤　市町村は、国保連合会からの支給申請書等の送付を受けて重度医療費を支払います。

注：事務手続き上は、柔道整復療養費の保険給付（国民健康保険）とは別紙で同時に提出します。
　　柔道整復療養費の保険給付（社保分）については、各保険者へ請求しください。

※ 重度医療費の支払後に、保険者による点検などで、重度医療費の助成額が変更となった場合には、市町村から施術所へ該当の申請書の写しを返却します。施術所は市町村に関係書類を提出し、後に市町村が発行する納付書等により、助成額の全額又は差額を市町村に返還します。（国保連合会では過誤調整処理は行いません。）

（例）同一月で同一医療機関における通院（３割負担：重度医療自己負担額 500 円の場合）

【通院１回目：総医療費　1,000 円】

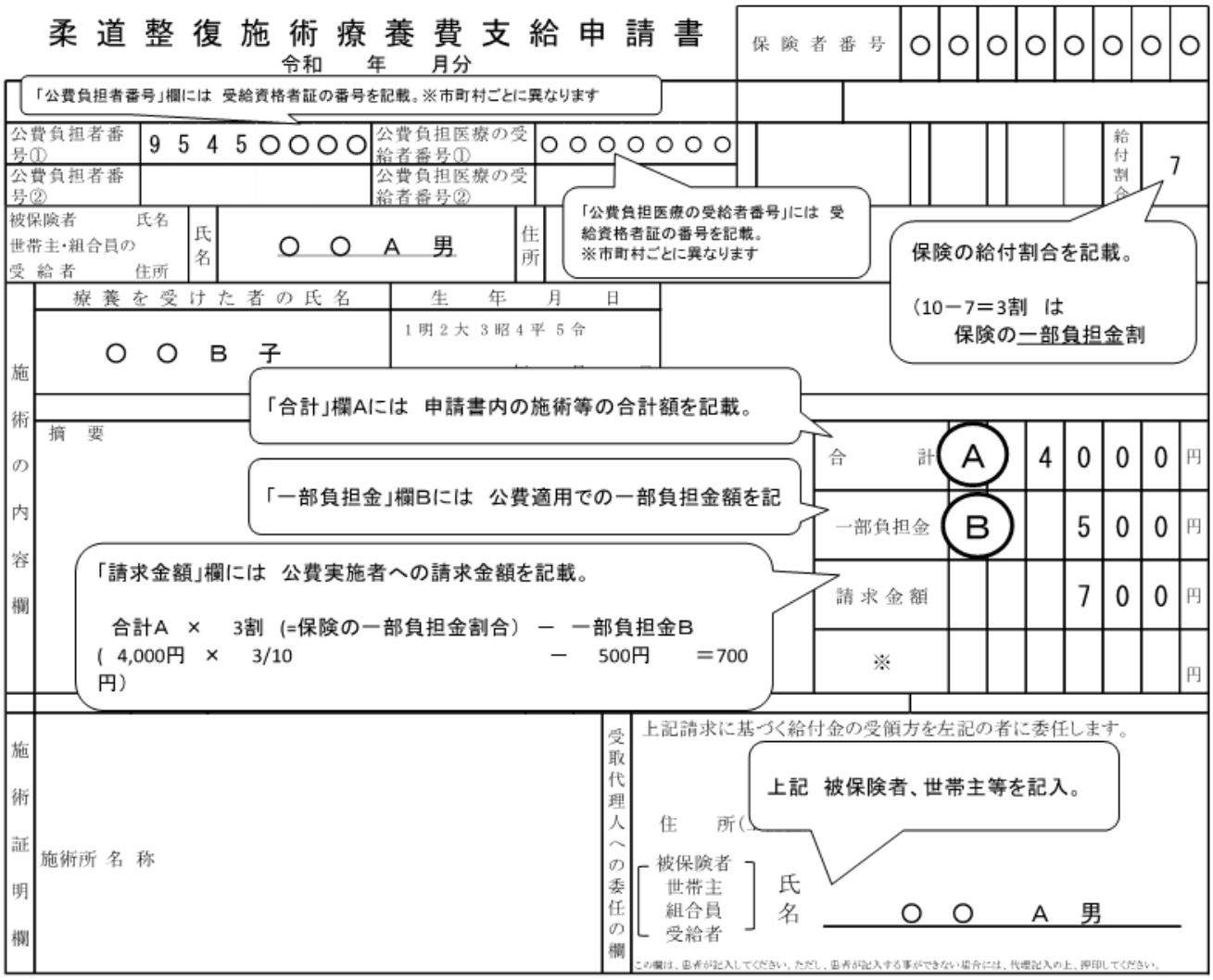
医療保険（７割） 700 円	自己負担金 300 円

【通院２回目：総医療費　2,000 円】

医療保険（７割） 1,400 円	重度医療 400 円	自己 負担額 200 円

※通院２回目は、１回目の自己負担金 300 円と重度医療自己負担額 500 円との差額の 200 円を徴収する。

３　支給申請書記載事例



※ 支給申請書の基本的な事項を記載しています。他の様式等については、国民健康保険団体連合会のホームページ等でご確認ください。

第２章　受給資格者証について

重度医療による現物給付等を行うには、市町村が発行する受給資格者証が必要になります。**医療機関等の窓口では、受診の都度、受給資格者証の提示を求め、内容を確認してください。**

なお、市町村が実施主体となる助成事業のため、居住市町村が変更となった場合には、重度医療費を負担する市町村が変わります。そのため、**受給者の住所に変更がないかの確認**も併せてお願いいたします。

１　受給資格者証の様式

市町村によって異なりますが、受給資格者証の様式は概ね次のとおりです。

重度心身障がい者（児）医療費受給資格者証									
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日								
有効期間		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで							
自己負担額	入院	１月１医療機関〇〇円/月 **精神科入院を除く**							
	通院	１診療報酬明細等につき〇〇円/月 （調剤は自己負担額なし）							
交付年月日		令和　年　月　日							
（市町村名）長									
公費負担者番号		９	５	４	５	〇	〇	〇	〇

受給資格者証により、資格の有無と自己負担額を確認してください。

精神障害者保健福祉手帳１級所持による受給資格者証には、「精神科入院を除く」などの記載等がありますので、注意してください。

※　実際の大きさや色、内容の順番は異なります。

※　**精神障害者保健福祉手帳１級所持者（①身体障害者手帳１級又は２級、②療育手帳Ａ（重度）、③身体障害者手帳３級及び療育手帳Ｂ１（中度）との重複所持者を除く。）にあっては、精神疾患による精神科（精神病床）入院に係る費用は助成対象外となります。**

２　公費負担者番号の構成

公費負担者番号は、８桁の算用数字から構成されております。

法別		都道府県		実施機関			検証
９	５	４	５				

法　別　番　号	９５
都道府県番号	４５
実施機関番号	市町村ごとに決められた３桁の番号になります。
検　証　番　号	国で定めた計算式に基づいて算出される番号になります。

〇公費負担者番号一覧

市　町　村　名	公費負担者番号
宮　　崎　　市	９５４５００１１
都　　城　　市	９５４５００２９
延　　岡　　市	９５４５００３７
日　　南　　市	９５４５００４５
小　　林　　市	９５４５００５２
日　　向　　市	９５４５００６０
串　　間　　市	９５４５００７８
西　　都　　市	９５４５００８６
え　び　の　市	９５４５００９４
三　　股　　町	９５４５０５６５
高　　原　　町	９５４５０６１５
国　　富　　町	９５４５０６５６
綾　　町	９５４５０６６４
高　　鍋　　町	９５４５０６７２
新　　富　　町	９５４５０６８０
西　米　良　村	９５４５０６９８
木　　城　　町	９５４５０７０６
川　　南　　町	９５４５０７１４
都　　農　　町	９５４５０７２２
門　　川　　町	９５４５０７３０
諸　　塚　　村	９５４５０８１３
椎　　葉　　村	９５４５０８２１
美　　郷　　町	９５４５０８６２
高　千　穂　町	９５４５０８３９
日　之　影　町	９５４５０８４７
五　ヶ　瀬　町	９５４５０８５４

Ｑ　＆　Ａ

【精神障がい者関連】

Ｑ１　なぜ精神障がい者の精神科入院は助成対象にならないのですか。

Ａ１　国の基本的な考え方として、「入院中の精神障がい者の早期退院及び地域移行を推進し、いわゆる社会的入院の解消を進める」ことが掲げられており、県としても、地域移行や社会参加を促し、社会的入院の解消を進める観点から、精神障害者保健福祉手帳１級のみによる精神科入院を対象外としています。

　なお、独自に精神障がい者の精神科入院を助成対象としている市町村もありますので、１～３ページの自己負担額一覧を御確認ください。

Ｑ２　精神障害者保健福祉手帳は２年ごとの更新となりますが、受給資格者証の有効期限は当該手帳の有効期限と同じですか。

Ａ２　受給資格者証の次の更新までに当該手帳の有効期限が到来する場合は、その月の末日までとなります。

【受給資格者証】

Ｑ３　同一月において、受給資格者証の提示の有無が混在する場合の取扱いはどうなりますか。

Ａ３　助成を受けるには、受診の都度、受給資格者証の確認が必要です。受給資格者証の提示がなければ、受給者が当該市町村の窓口において償還払の手続を行うことで助成を受けることができます。

　なお、事務手続の簡素化のため、同一人に対して、可能な限り現物給付と償還払の取扱いが混在することがないよう御留意ください。

Ｑ４　２つ以上の公費負担の受給資格者証を提示された場合、どのように対応すればよいですか。

Ａ４　重度医療は、県民・市町村民の税金で運用している助成事業ですので、重度医療を先に適用することは、県民・市町村民に過度の負担を負わせることになります。

　そのため、医療保険、国民全体で負担する国公費、その他の公費の順で適用し、重度医療は、どの制度からも給付を受けることができない医療費の最終的な自己負担額を対象として最後に適用してください。

　例えば、窓口で国民健康保険、更生医療、重度医療の３つの受給資格者証を提示された場合は、「国民健康保険→更生医療→重度医療」の順で適用されます。

　ただし、市町村の条例等において適用の優劣が別途規定されている場合は、その規定によります。

【自己負担】

Ｑ５　同一月に同一施術所を複数回受診することも考えられますが、その場合の自己負担額はどう

なりますか。

Ａ５　同一月の１診療報酬明細書で判断することになりますので、１回目の受診で受給資格者証に記載された自己負担額に達した場合は、同一月での２回目以降の受診に自己負担額は発生しません。また、１回目の受診で自己負担額に達しない場合は、同一月の以降の受診で自己負担額に達するまで徴収することになります。

例えば、自己負担額が１診療報酬明細書につき５００円の場合、１回目の窓口負担が４００円であれば、同一月の２回目の受診は１００円までの自己負担となります。なお、２回目までに５００円の負担があれば、同一月の３回目以降は窓口負担がありません。

Ｑ６　月途中で国民健康保険の保険者を変更した場合の自己負担の取扱いはどうなりますか。

Ａ６　同一月において保険者が変わった場合は、それぞれの保険者ごとにレセプトが作成されますので、それぞれのレセプトごとに自己負担額を算出してください。

例えば、自己負担額が１診療報酬明細書につき５００円の場合、レセプトごとに５００円を算出するため、受給者には合計１，０００円を請求することになります。

Ｑ７　月途中で社会保険の保険者を変更した場合の自己負担の取扱いはどうなりますか。

Ａ７　社会保険は、協会けんぽから健康保健組合のように保険者が変更になる場合と変更にならない場合があります。変更になった場合は、それぞれの保険者ごとにレセプトが作成されますので、Ｑ８と同様になります。

Ｑ８　初診では受給資格者証に記載された自己負担額に達しない方が、同一月に再診した場合、乳幼児医療では受給資格者証の自己負担額まで窓口で徴収する市町村と徴収しない市町村がありますが、重度医療はどうなりますか。

Ａ８　適切な自己負担額を受給者に求める観点等から、受給資格者証に記載された自己負担額に達するまで窓口で徴収してください。

Ｑ９　１～３ページの市町村別の自己負担額で、「20 歳未満は 0 円/月」、「18 歳未満は 0 円/月」との記載がありますが、適用はいつまでになりますか。

Ａ９　誕生日月の末日までとなります。

例えば、「20 歳未満は 0 円/月」で、8/25 の誕生日を迎えて 20 歳に達する場合は、8/31 までとなります。

8/10　来院　自己負担　　0 円
8/31　来院　自己負担　　0 円
9/ 1　来院　自己負担　500 円

【その他】

Q10　都合により現物給付方式で実施できず、償還払方式で実施する場合でも県の補助対象となりますか。

Ａ10　要綱上、市町村長が特に必要があると認めるときは、償還払方式でも補助対象となります。

関 係 機 関 連 絡 先

■ 各市町村の制度に関するお問合せ

１～３ページ参照

■ 請求に関するお問合せ

宮崎県国民健康保険団体連合会
〒880-8501　宮崎市下原町２３１番地１
TEL:0985-25-5504　FAX:0985-25-5642
Mail: sskanri@kokuhoren-miyazaki.or.jp

■ 制度全般に関するお問合せ

宮崎県福祉保健部障がい福祉課
〒880-8501　宮崎市橘通東２丁目１０番１号
TEL:0985-32-4468　FAX:0985-26-7340
Mail: shogaifukushi@pref.miyazaki.lg.jp