

医療保険関係通知

北海道医療給付事業(重度心身障害者・母子家庭等・乳幼児)の一部改正について

北海道医療給付事業については、重度心身障害者、母子家庭等の母及び児童、乳幼児並びに一人暮らし老人等を対象に医療保険の患者負担分を道と市町村が助成しているものですが、今般、北海道保健福祉部子ども未来づくり推進室より、一部改正の通知があり、本年10月1日診療分から適用となりますので、お知らせします。

道では、北海道医療給付事業の給付対象者や自己負担を見直し、老人については16年8月更新期から実施をしておりますが、対象者の範囲の見直しであり医療機関の請求方法に変更はありません。

重度、母子、乳幼児医療については16年10月から原則1割負担を導入するため、重度、母子家庭等医療については請求書の様式が変更となります。

1. 見直しの内容

- ・重度、母子、乳幼児3事業について3歳未満児及び低所得者を除き、1割負担を導入することとします。ただし、老人保健法に準拠して入院外12,000円、入院40,200円を月額自己負担の上限とします。
- ・乳幼児医療の入・通院をともに就学前まで拡大します。また、母子家庭等医療については父子家庭を加え、「ひとり親家庭等医療」に変更します。
- ・なお、入院で40,200円を超える場合は、超える額については受給者から受領せずに請求書により市町村に請求してください。入院外で1レセプト当たりの1割相当額が12,000円を超える場合も、その超える額については受給者から受領せずに請求書により市町村に請求してください。(重度、母子医療に限る)

2. 請求書及び受給者証(別紙のとおり)

特に留意願いたい事項

- ・受給者証には各事業毎に、自己負担が初診時一部負担金のみの(初)と、1割負担となる(課)の2種類があります。(重度医療にはさらに老健法対象の(老初)と、(老課)があります。)自己負担の受領及び医療費請求書の記載に当たっては、間違いのないようお願いいたします。
- ・請求書は必ず「16年10月診療分より適用」の新様式をご使用願います。(旧様式は使えません。)
- ・請求書の記載に当たっては、診療月や入・外の区分等記載漏れなどがないようお願いいたします。(診療月を「#」としたり、記載漏れの場合にはエラーとなり返戻されることとなります。)
- ・受給者番号は受給者証の番号を記載してください。(受給者証の記号を記載しないように願います。)
- ・(課)の人工透析等の長期高額疾病については、受給者から1割自己負担分として

10,000円を受領するとともに、⑦② ⑦③ 欄の「長」を で囲み、老健の場合は ⑦③ 欄に、その他の場合は、⑦② 欄に10,000円と記載するとともに一部負担金欄も「課」を で囲み、10,000円と記載してください。(医療費の1割が10,000円未満の場合は当該額とする。)

- ・(課)の受給者で更生医療・育成医療による医療を受ける場合で公費負担がある時(長期高額疾病に該当する疾病に限る。)は、患者負担として請求する金額(徴収基準額相当額)を記載し、「更」を で囲むこと。また、徴収基準額相当額は1割負担導入に伴い、受給者より受領してください。
- ・医療費領収書については、記載要件を満たしている場合は、医療機関で独自に発行する領収書でも差し支えありません。

3. 記載例について

- ・国保連合会で記載例を作成したので参照願います。
 なお、記載方法の質問は国保連合会に、また、請求書が入用の場合は最寄りの市町村医療助成担当窓口にご連絡願います。

*北海道医療給付事業の見直しについては、北海道のホームページにも掲載しておりますので、参考にご覧ください(問合せ先 子ども未来づくり推進室 TEL011 231 4111 内線25 769)

<http://www.pref.hokkaido.jp>
 組織別内容一覧 組織別メニュー 保健福祉部 子ども未来づくり推進室

「道単独医療費助成制度の見直し」について

区 分	現 行	見 直 し 後	
		拡 大	縮 小
乳 幼 児	自己負担 初診時一部負担金 医科 580円 医科 510円	/	一般の受給者 1割負担 (月額上限: 通院12,000円 入院40,200円)
			3歳未満児 低所得者 (市町村民税非課税世帯)
母子家庭等	乳幼児医療 入院: 6歳未満 通院: 3歳未満 所得制限~児童手当特例給付準拠	入院: 就学前 通院: 就学前	現行どおり 措置
重度心身障 害者	母子家庭等医療 母子家庭の母の入院 20歳未満の児童の入・通院 所得制限~児童扶養手当(養育者等)準拠	父子家庭に拡大	
	重度心身障害者医療 身障1~2・3級(内部障害) 重度知的障害 所得制限~特別障害者手当(扶)準拠	/	
老 人	65~69歳までの一人暮らし老人等 所得制限~老齢福祉年金受給資格	/	毎年1歳ずつ段階的引き上げ により廃止 (平成20年3月末 廃止)
実施時期		16年10月(老人は8月)	

別紙 1
その1

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">障初</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">重度心身障害者医療費受給者証</div>	
記号	番号		
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
発行機関及び印			
交付年月日	平成 年 月 日		

注 意 事 項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
 - ① 内科受診の場合 580円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 柔道整復師受療の場合 270円
 - ④ その他市（町村）長が定める額
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったりは、速やかにこの証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその旨が変更があったときは、○日以内に市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

その1-2

障課

重度心身障害者医療費受給者証

記号	番号		
住所	氏名	男・女	
生年月日	年月日		
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
発行機関及び印	【〇月末までは初診時一部負担金のみ】		
交付年月日	平成 年 月 日		

注意事項

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。
 - 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額
 - その他市(町村)長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったり、速やかにこの証を市(町村)長へ返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、〇日以内にこの証を添えて市(町村)長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、〇日以内に市(町村)長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市(町村)長へ返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

その2

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 老初 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto;"> 重度心身障害者医療費受給者証 </div>	
記号		番号	
受給者	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年 月 日	
有効期限	平成 年 月 日から		
	平成 年 月 日まで		
発行機関及び印			
交付年月日	平成 年 月 日		

注 意 事 項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診であつて老人保健法の規定による一部負担金の支払いを必要とする場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
 - ① 内科受診の場合 580円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 柔道整復師受療の場合 270円
 - ④ その他市（町村）長が定める額
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）、健康手帳に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があつたときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、○日以内に市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けま

その2-2



重度心身障害者医療費受給者証

記号		番号	
住所			
氏名			男・女
生年月日	年	月	日
有効期限	平成	年	月 日から 平成
発行機関及び印名	平成	年	月 日まで
交付年月日	平成	年	月 日

注意事項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。
 ① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額
 ② その他市(町村)長が定める額
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったり、速やかにこの証を市(町村)長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市(町村)長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市(町村)長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市(町村)長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

その3

		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ひとり親家庭等医療費受給者証 </div>	
記号	番号		
受給者	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年	月 日
有効期限	平成	年	月 日から
	平成	年	月 日まで
発行機関及び印			
交付年月日	平成	年	月 日

注 意 事 項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
 - ① 内科受診の場合 580円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 柔道整復師受療の場合 270円
 - ④ その他市（町村）長が定める額
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があつたときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、○日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

その3-2



ひとり親家庭等医療費受給者証

記号	番号		
住所	氏名	男・女	
生年月日	年月日		
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
発行機関及び印	【〇月末までは初診時一部負担金のみ】		
交付年月日	平成 年 月 日		

注意事項

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。
 - 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額
 - その他市(町村)長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったり、速やかにこの証を市(町村)長へ返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、〇日以内にこの証を添えて市(町村)長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、〇日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市(町村)長へ返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">乳 幼 児 医 療 費 受 給 者 証</div>				
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">乳 課</div>	北一	番 号		
乳 幼 児	住 所 地	北海道		
氏 名	男 ・ 女			
生 年 月 日	年 月 日			
有 効 期 限	平 成 年 月 日 从 日 从 日 从 日			
発 行 機 関 名 及 び 印	【10月末までは初診時一部負担金のみ】※			
交 付 年 月 日	平 成 年 月 日			

注 意 事 項

- 1 この証は保険医療機関等で受診した場合、窓口で支払った自己負担金相当額を市（町村）長から返還してもらおう証ですから大切に保存してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったりは、速やかに、この証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、住所地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

※ 有効期限内に3歳未到達の場合は、カッコ書きは使用しない。

その4-2

乳幼		乳幼児医療費受給者証			
		記号	北一	番号	
乳幼児	住所地	北海道			
	氏名				男・女
	生年月日	年	月	日	
有効期限	平成	年	月	日から	
		平成	年	月	日まで
発行機関 名及び印					
交付年月日	平成	年	月	日	

注意事項

- 1 この証は保険医療機関等で受診した場合、窓口で支払った自己負担相当額を市（町村）長から返還してもらおう証ですから大切に保存してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったり、この証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、住所地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

別紙2 その1 重度心身障害者医療費請求書 (医療機関用)

平成 年 月 日 下記のとおり請求する

平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
Tel

印

※記載要領裏面

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数 (10割分)	一部負担金 円	請求事務手数料 円	区分	件数	診療報酬請求総点数 (10割分)	一部負担金 円
請求	㉑ 7割	件	点	円	円	※決定	件	点	円
	㉑ 8割								
	㉑ 9割								
	㉒ 前期高齢者		円					円	
	㉓ 障老								
	㉔ 備考								

(内 訳 書)

診療年月	受給者番号 患者氏名	入院外来区分	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数)			請求金額 (2割負担・在総・長期高額疾病・結核・精神・更生育成)		一部負担金	㉔ 備考 (薬剤)
			㉑ 7割	㉑ 8割	㉑ 9割	㉒ 前期高齢者	㉓ 障老		
年:月	(※8桁→7桁に変更)	入・外	点	点	点	2割・在・長・結・精・更 円	初・課 円	円	
		入・外				2割・在・長・結・精・更	初・課		
		入・外				2割・在・長・結・精・更	初・課		
		入・外				2割・在・長・結・精・更	初・課		
		入・外				2割・在・長・結・精・更	初・課		
		入・外				2割・在・長・結・精・更	初・課		
		入・外				2割・在・長・結・精・更	初・課		
		入・外				2割・在・長・結・精・更	初・課		
		入・外				2割・在・長・結・精・更	初・課		
小 計		件数	件	件	件	円	円	円	
		点数	点	点	点	円	円		

記載要領

- 1 受給者番号については、受給者証の受給者番号のみを記載すること。
- 2 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲むこと。(記載漏れの無いよう願います。)
- 3 ① 診療報酬請求総点数欄は、下記「4」以外の保険給付割合が7割・8割・9割の一般の受給者について、それぞれレセプトの総点数を記載すること。
- 4 請求金額(2割負担・在総・長期高額疾病・結核・精神・更生育成)欄は、前期高齢者、障老(老人保健法対象者)の受給者及び在総診・在医総・長期高額疾病並びに結核・精神・更生・育成の各公費医療の適用を受ける受給者について、それぞれ該当する金額を⑦②前期高齢者(一般受給者を含む)欄と⑦③障老欄に分けて記載すること。
 - (1) 在総(⑦②⑦③欄共通)
在総診(寝たきり老人在宅総合診療料)又は在医総(在宅末期医療総合診療料)を算定した受給者について、レセプトに記載された(一部)負担金額を記載し、「在」を○で囲むこと。
 - (2) 長期高額疾病(⑦②⑦③欄共通)
長期高額疾病の受療証を提示した受給者について、高額療養費(月1万円)として請求する額を記載し、「長」を○で囲むこと。
 - (3) 結核(公費【10】【11】)・精神(公費【20】【21】)医療(⑦②⑦③欄共通)
結核予防・精神保健福祉各法による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額(公費該当点数の5%相当額)を記載し、「結・精」の該当するものを○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、レセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすること。
 - (4) 更生(公費【15】)・育成(公費【16】)医療(⑦②⑦③欄共通)
身体障害者福祉・児童福祉各法に基づく更生医療・育成医療による公費負担があるとき(長期高額疾病に該当する疾病に限る)は、患者負担として請求する金額(徴収基準額相当額)を記載し、「更」を○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、レセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすること。
 - (5) 前期高齢者(⑦②欄のみ)
老人保健法対象外の70歳以上の前期高齢者であって、上記(1)~(4)に該当しない受給者について、1割又は2割相当額(食事療養費を除く)を円単位(入院については、レセプトに記載された(一部)負担金額)で記載すること。
なお、2割負担の受給者の場合は、「2割」を○で囲むこと。
 - (6) 障老(⑦③欄のみ)
老人保健法対象者であって、上記(1)~(4)に該当しない受給者について、1割又は2割相当額(食事療養費を除く)を円単位(入院については、レセプトに記載された(一部)負担金額)で記載すること。
なお、2割負担の受給者の場合は、「2割」を○で囲むこと。
- 5 一部負担金額欄は次のとおり記載すること。
 - (1) 低所得者(受給者証に○初と表示)について初診料を算定した場合に、「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収したときはその徴収金額を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは初診時一部負担金相当額を○で囲んで記載すること。
 - (2) それ以外の場合(受給者証に○課と表示)については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収した時はその徴収金額を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは1割相当額を○で囲んで記載すること。
- 6 同じ診療年月であっても、診療年月欄に「//」とせずに「○年○月」と記載すること。
- 7 「小計」欄は、2枚以上にわたるときにのみ記載すること。
- 8 2枚以上にわたるときは、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部は斜線を引くこと。
- 9 ※印(決定)欄は記載しないこと。

別紙2 その2 ひとり親家庭等医療費請求書 (医療機関用)

平成 年 月分下記のとおり請求する

平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
Tel

(印)

※記載要領裏面

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数 (10割分)	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数 (10割分)	一部負担金
請求	⑦5 7割	件	点	円	円	※決定	件	点	円
	⑦5 8割								
	⑦5 9割								
	⑦7 長期高額		円					円	
	⑦7 結・精								
	⑦8 備考								

(内 訳 書)

診療年月	受給者番号 患者氏名	入院外来区分	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数)			⑦7 請求金額		一部負担金	⑦8 備考 (薬剤)
			⑦5 7割	⑦5 8割	⑦5 9割	長期高額疾病 円	結核・精神 円		
年:月	(※8桁→7桁に変更)	入・外	点	点	点	円	結・精 円	初・課 円	円
		入・外					結・精 円	初・課	
		入・外					結・精 円	初・課	
		入・外					結・精 円	初・課	
		入・外					結・精 円	初・課	
		入・外					結・精 円	初・課	
		入・外					結・精 円	初・課	
		入・外					結・精 円	初・課	
		入・外					結・精 円	初・課	
		入・外					結・精 円	初・課	
小 計			件数	件	件	件	円	円	円
			点数	点	点	点	円	円	

記載要領

- 1 受給者番号については、受給者証の受給者番号のみを記載すること。
- 2 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲むこと。(記載漏れの無いよう願います。)
- 3 ⑬ 診療報酬請求総点数欄は、下記「4」以外の保険給付割合が7割・8割・9割の一般の受給者について、それぞれレセプトの総点数を記載すること。
- 4 ⑰ 長期高額疾病・結核・精神欄は、長期高額疾病並びに結核・精神の各公費医療の適用を受ける受給者について、それぞれ該当する金額を記載すること。
 - (1) 長期高額疾病
長期高額疾病の受療証を提示した受給者について、高額療養費（月1万円）として請求する額を記載すること。
 - (2) 結核（公費【10】【11】）・精神（公費【20】【21】）医療
結核予防・精神保健福祉各法による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額（公費該当点数の5%相当額）を記載し、「結・精」の該当するものを○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、レセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすること。
- 5 一部負担金額欄は次のとおり記載すること。
 - (1) 低所得者（受給者証に ○初 と表示）については初診料を算定した場合に、「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収したときはその徴収金額を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは初診時一部負担金相当額を○で囲んで記載すること。
 - (2) それ以外の場合（受給者証に ○課 と表示）については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収した時はその徴収金額を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは1割相当額を○で囲んで記載すること。
- 6 同じ診療年月であっても、診療年月欄に「〃」とせずに「〇年〇月」と記載すること。
- 7 「小計」欄は、2枚以上にわたるときにのみ記載すること。
- 8 2枚以上にわたるときは、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部は斜線を引くこと。
- 9 ※印（決定）欄は記載しないこと。

別紙 3

重度心身障害者
ひとり親家庭等

医療費領収書

患者氏名	入院・入院外別	保険負担割合	領収金額	摘要 (総点数)
	・入院 ・入院外 [月 日] ~ [月 日] [治療分]	・7割 ・障老 [8割] [9割] ・前期高齢 [8割] [9割]	円 (総点数 × 10円 × 負担割合)	

平成 年 月 日

医療機関の所在地
及び名称
開設者の氏名

⑩

-
- 「入院・入院外別」、「保険負担割合」欄については、該当するものを○で囲んで下さい。
 - 領収書は診療月をまたぐことのないよう作成してください。
 - 入院・入院外別欄に入院期間及び入院外の診療年月日を記載してください。

乳幼児医療費領収書様式

乳幼児医療費領収書

患者氏名	領収金額		摘要
	外
	入
診療報酬請求点数			円
			点

平成 年 月 日発行 (回分)

医療機関の所在地
及び名称
開設者の氏名

(印)

(保護者の方へ)

- この領収書には、健康保険の対象とならない費用（容器代、往診時車代、診断書料、オムツ代等）は含まれておりません。
- この領収書は、患者氏名を記入して○か月分を取りまとめのうえ、「乳幼児医療費受給者証」と「印かん」を必ず携行して、市町村長に請求してください。
- 「領収書」等を訂正した場合には、給付を行いませんので、特に注意をしてください。
- この領収書は、再発行いたしませんから、大切に保管してください。

◎ 乳幼児医療費助成事業に伴う「領収書」の記入要領について、次によりご協力ください。

(記入要領)

- 「領収金額」欄の記入については、保険給付対象分について、窓口において徴収した金額を記入すること。
- 「領収金額」は、算用数字で記入し、その前の欄に必ず「¥」を記入すること。
(例) ¥ 1 2 3 0 円 のように)
- 入院外の場合には、「外」を、入院の場合には、「入」をそれぞれ摘要欄の「外」「入」を○で囲むこと。(例).....(外)・(入)のように)
- 年月日の(回分)欄には、入院・通院とも回数分をまとめて領収した場合にのみ記入すること。
- 受給者証の有効期限を経過した者に対しては、この領収書は発行しないこと。

