

各医療機関各位

旭川市長 菅原 功一

(市民部保険課担当)

旭川市医療費助成事業の改正について (依頼)

春臨の候、貴職におかれましてはますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

平素から本市医療費助成事業の推進に当たりましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成 1 6 年度北海道の補助要綱見直しに伴い、旭川市重度心身障害者、母子家庭等医療費助成、旭川市乳幼児医療費助成及び旭川市老人医療費助成(道老)の 4 事業を改正し、平成 1 7 年 4 月 1 日から実施することとなりました。

主な改正内容につきましては

- 1 母子家庭に加えて新たに父子家庭も対象となり、名称も「ひとり親家庭等医療費助成事業」に変わります。
- 2 乳幼児の対象を、入院・外来とも 0 歳から小学校就学前「満 6 歳に達する日以後の最初の 3 月 3 1 日まで」の者に拡大します。
- 3 重度、ひとり親、乳幼児医療費助成制度において、3 歳以上で市町村民税課税世帯に属する方は、患者負担が 1 割となり、市では、各受給者の皆さんへ「障課」、「老課」、「親課」、「乳課」と表示した受給者証をそれぞれ交付します。(3 歳未満及び市町村民税非課税世帯に属する方には「障初」、「老初」、「親初」、「乳初」の受給者証を交付します。)
- 4 6 5 歳から 6 9 歳までの方を対象とした老人医療費助成事業は段階的に年齢を 1 歳ずつ引き上げて、平成 2 0 年 3 月末で廃止します。

以上のとおりですが、初診時一部負担金(医科 5 8 0 円、歯科 5 1 0 円、柔整 2 7 0 円)については従来どおり旭川市が負担しますので、患者負担はありません。なお、「障課」、「老課」、「親課」、「乳課」の受給者証をお持ちの方については、1 割相当額から初診時一部負担金を差し引いた金額を受給者から徴収して下さい。

つきましては、現在使用中の各受給者証については、平成 1 7 年 4 月 1 日以降使用できません。市では、新しい受給者証(平成 1 7 年 4 月 1 日から平成 1 7 年 9 月 3 0 日まで有効)を 3 月末までに各受給者に送付いたしますので、4 月 1 日以降については、新しい受給者証を受診時に御難題願いますようよろしくお願い申し上げます。

また、請求書の記載要領も添付させていただきますので参考にしてください。

問い合わせ先

保険課医療助成係

電話 2 5 - 8 5 3 6 (直通)

乳幼児医療費助成事業実施内容（概要）

（旭川市、鷹栖町、東神楽町、東川町、美瑛町、上川町）

平成17年 4月1日現在


	助 成 内 容	事務手数料
旭川市	0才以上～3才未満 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成	1件 210円
	3才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで ・道市民税非課税世帯 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成 ・道市民税課税世帯 1割負担に含まれる初診時一部負担金を助成 1割負担月額上限 通院 12,000円 入院 40,200円	
鷹栖町	0才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成	1件 241円
東神楽町	0才以上～3才未満 医療保険各法に定めるところによる一部負担金より初診時一部負担金を除き助成	1件 241円
	3才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで ・町民税非課税世帯 医療保険各法に定めるところによる一部負担金より初診時一部負担金を除き助成 ・町民税課税世帯 1割負担 1割負担月額上限 通院 12,000円 入院 40,200円	
東川町	0才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成	1件 241円
美瑛町	0才以上～4才未満 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成	1件 241円
	4才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで ・町民税非課税世帯 医療保険各法に定めるところによる一部負担金より初診時一部負担金を除き助成 ・町民税課税世帯 1割負担 1割負担月額上限 通院 12,000円 入院 40,200円	
上川町	0才以上～3才未満 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成	1件 241円
	3才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで ・町民税非課税世帯 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成 ・町民税課税世帯 1割負担 1割負担月額上限 通院 12,000円 入院 40,200円	

乳幼児医療費助成事業実施内容（概要）

（旭川市、美瑛町、鷹栖町、東神楽町、東川町）

平成16年10月1日現在

	助 成 内 容			事務手数料
	入 院	入 院	外	
旭川市	0才以上～6才未満 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	0才以上～3才未満 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	3才以上～6才未満 医療保険各法に定めるところによる一部負担金の2分の1を助成	1件 210円
美瑛町	0才以上～4才未満 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	0才以上～4才未満 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	4才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 非課税世帯は初診時一部負担金を除いた自己負担額を助成 課税世帯は自己負担額の3分の2を助成 1割負担限度額 12,000円	1件 241円
鷹栖町	0才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 医療保険各法に定めるところによる 一部負担金を全額助成	0才以上～満6才に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日まで 医療保険各法に定めるところによる一部負担金を全額助成		1件 241円 医療証明書 1件 105円
東神楽町	"	"	"	1件 241円
東川町	"	"	"	1件 241円


 部分は平成16年10月1日変更分

重度心身障害者医療費請求書 (市町村用)

平成 年 月 日 平成 年 月 日 医療機関コード

市町村長 様
《旭川市のみ》

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

TEL

一部負担金の合計を保険給付
によりそれぞれ記載する。

*記載要領裏面

区分	保険付	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	⑦	4	24,000	2,0840	840	※決			
	⑧	1	1,000		210				
	⑨								
	⑩								
求	前掲高齢者	1	76,485	39,620	210	定			
	障害	4	81,582	28,409	840				
	備考								

初診時一部負担金

医科	580 円
歯科	510 円
柔整	270 円

受給者番号については、「0」を省略せず
7ケタの番号を記載する。
診療年月については、「#」を使用せず
正確に記載する。

訳 音)

診療年月	受診患者氏名	外来区分	保険給付	レセプトの総点数	請求金額 (2割負担・在給・長期)	一部負担金	備考 (業別)
17 4	0123456 障初(外来・初診あり) 3歳未満の場合	入	⑦	1,000		580	
17 4	01234567 障初(外来・初診あり) の場合	入	⑧	1,000	(入院) 障者又は者障の受給者証 で受診した場合は「障」を○で 囲み、1割相当額(40,200円限度) を1円単位で記載する。	580	
17 4	01012345 障課(入院・初診初 の場合)	外	⑨	2,000		19,420	580
17 4	0345678 障課(前掲・入院・2割 初診あり)の場合	外	⑩			76,485	39,620
17 4	0456789 障課(外来・初診あり) の場合	入	⑪	2,000		14,200	580
17 4	05678910 老課(外来・入院・初診 あり)の場合	入	⑫			1,000	420
17 4	06789101 障初(外来・初診あり) 4歳以上の場合	入	⑬	1,000			記載なし
17 4	07891012 老初(入院・初診あり) の場合	外	⑭			24,600	
17 4	08910123 老課(入院・2割) の場合	外	⑮			54,660	27,328
17 4	09101234 老課(外来・2割) の場合	入	⑯				
小計		件数	4	1		1,322	661
		点数	24,000	1,000		76,485	81,582
							88,869

「障老」欄の金額(入院)は
レセプトに記載された一部負
担金(10円未満四捨五入)
を記載する。
一部負担金の金額は、1割
相当額(40,200円限度)を
1円単位で記載する。

一部負担金(1割相当額)
を1円単位で記載する。

窓口での徴収はなし。
初診時一部負担金も含めて
扶助費として市が支払う。

初診時一部負担金は、市が助成するため患者負担は求めず
市へ請求。1割負担から初診時一部負担金をひいた金額が
患者負担となる。

ひとり親家庭等医療費請求書 (市町村用)

平成 年 月 日 平成 年 月 日 医療機関コード

市町村長 様
《旭川市のみ》

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
TEL

一部負担金の合計を保険給付
によりそれぞれ記載する。

※記載要領裏面

区分	保険 種別	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	⑤ 7割	4	5,300	4,040	840	※保 険	件	点	円
	⑥ 8割	1	2,000		210				
	⑦ 9割								
	長期高額			円					
大	⑧					定			

受給者番号については、「0」を省略せず
7ケタの番号を記載する。
診療年月については、「/」を使用せず
正確に記載する。

初診時一部負担金
 内科 580円
 歯科 510円
 柔整 270円

駅 番)

診療 年月	受給者番号		入院 外来 区分	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)				⑦ 請求金額		一部 負担金 円	⑧ 備考 (薬剤)
	患者	氏名		⑤ 7割	⑥ 8割	⑦ 9割	長期高額疾病	結核・精神	結・精		
17:4	0123456	親(外来初診初 の場合)	入・外 ⑤	1000						初・⑤ 420 初・保	580
17:4	0234567	親(入院初診初 の場合)	入・外 ⑥	5000						結・精 初・⑥ 19620 初・保	580
17:4	0345678	親初(外来初診初 の場合)	入・外 ⑦	1000						結・精 ⑦・保 580 初・保	580
17:4	0456789	親初(外来初診初 の場合)	入・外 ⑧	2000						結・精 ⑧・保 580 初・保	580
17:4	0567890	親初(外来初診初 の場合)	入・外 ⑨	1000						結・精 ⑨・保 580 初・保	580
小	計		件数	4	1					円	円
			点数	5300	2000					円	円

初診時一部負担金は、市が助成するため患者負担は求めず
市へ請求。1割負担から初診時一部負担金をひいた金額が
患者負担となる。

(入院)
親の受給者証で受診した場合は
「保」を〇で囲み、1割相当額
(40,200円限度)を1円単位で記載する。

窓口での徴収はなし。
初診時一部負担金も含めて
扶助費として市が支払う。

記載なし

《 記 載 例 》

様式第3号

乳幼児医療費助成金請求書

枚中 枚目

(あて先) 旭川市長

年 月 日

年 月分乳幼児医療費及び救急
手取料として、次のとおり請求します。

医療機関コード	医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号	電話
7割	4,000円 × 3	12,000円
8割	2,000円 × 2	4,000円
計	16,000円	14,200円
一部負担金 (B)	14,200円	14,580円
医療費請求額 (A) - (B)		1,260円
手取費請求額 (C)		

(内訳)

診療年月	医療機関番号	診療名称	診療区分	診療額(円)	一部負担金(円)	手取料(円)	一部負担金(円)	手取料(円)	診療区分・「初・限」は必ず「○」で囲む。
17・4	4204-001	乳児(3歳以下) 予防接種	A⑤	1,000					
17・4	4304-010	乳児(3歳以下) 予防接種	B②	1,000	記載なし				
17・4	4305-111	乳児(3歳以下) 予防接種	A⑥	1,000			1,000		
17・4	4508-222	乳児(3歳以下) 予防接種	B②		1,000				
17・4	4604-333	乳児(3歳以下) 予防接種	A⑥		1,000				
17・4	4209-444	乳児(3歳以下) 初診	A⑥	1,000			420	580	
<p>初診時一部負担金は、市が助成するため患者負担は求めず市へ請求。1割負担から初診時一部負担金をひいた金額が患者負担となる。</p>									
<p>初診時一部負担金 医科 580円 歯科 510円 柔整 270円</p>									
計				4件	2件				
請求又は金額				4,000円	2,000円		1,420円		
系 計									
請求又は金額									

受給者証見本

障初・老初＝自己負担なし
障課・老課＝1割相当額から初診時一部負担金を
除いた額を自己負担

(老課並で1割負担の方のみ表示)
初診時一部負担金のみ助成

市番		町号		0042		受給者番号	
受給者住所		フリガナ		氏名		生年月日	
性別		性別		性別		性別	
有効期間		無		1割		1割	
発行機関名		北海道旭川市長		北海道旭川市長		北海道旭川市長	
交付年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	

緑

※有効期間について

・「無」の期間は自己負担なし

・「1割」の期間は1割相当額から初診時一部負担金を除いた額を自己負担

・有効期間中に3歳に到達する方で負担割合が変わる方は両方に表示があります。受給者証の表示は「障課・親課・乳課」になります。

※重症度において「初診時一部負担金のみ助成」と表示されている方は再診時の助成はありません。

類初＝自己負担なし
類課＝1割相当額から初診時一部負担金を
除いた額を自己負担

(類又は父のみ表示)
入院費のみ助成

市番		町号		0042		受給者番号	
受給者住所		フリガナ		氏名		生年月日	
性別		性別		性別		性別	
有効期間		無		1割		1割	
発行機関名		北海道旭川市長		北海道旭川市長		北海道旭川市長	
交付年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	

黄

ピンク

乳初＝自己負担なし
乳課＝1割相当額から初診時一部負担金を
除いた額を自己負担

市番		町号		0042		受給者番号	
受給者住所		フリガナ		氏名		生年月日	
性別		性別		性別		性別	
有効期間		無		1割		1割	
発行機関名		北海道旭川市長		北海道旭川市長		北海道旭川市長	
交付年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	