

医療機関各位

札幌市保健福祉局保険医療部健診・医療担当課

### 札幌市乳幼児医療費助成事業の改正のお知らせ

日頃より、本市の医療費助成事業に対し、特段のご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび本市では、子どもの保健の向上及び福祉の増進を図ることを目的に、乳幼児医療費助成事業におきまして、平成 21 年 1 月 1 日から、助成対象者の範囲に、6 歳に達する日後の最初の 4 月 1 日から 12 歳に達する日以後の 3 月 31 日までの間にある者（以下、小学生）を新たに加え、その入院及び指定訪問看護に係る医療費を助成することにいたしました。

また、制度名につきましても、小学生も含めた、助成対象者の全てを包含する表現に改め、「札幌市子ども医療費助成制度」と変更いたしました。

つきましては、下記のとおり改正内容を記載した、助成制度の概要をお送りいたしますので、改正の趣旨にご理解いただき、事務取扱についてご協力をいただきますようお願い申し上げます。（特に電算処理等をされている医療機関におかれましてはご留意願います。）

### 記

#### 1. 送付書類

- 札幌市子ども医療費助成制度の概要について
- 子ども医療費助成制度の事務処理について
- 周知用ポスター

#### 2. 主な変更点と実施時期

変更点・・・「札幌市乳幼児医療費助成制度」→「札幌市子ども医療費助成制度」  
助成範囲に小学生の入院分医療費と指定訪問看護に係る費用を加える。

実施時期・・・平成 21 年 1 月 1 日より実施

【担当課】 札幌市中央区北 1 条西 2 丁目  
札幌市保健福祉局保険医療部健診・医療担当課 TEL011-211-2887

# 1. 札幌市子ども医療費助成制度の概要について

## (1) 助成対象の拡大について

「乳幼児医療費助成制度」に小学生を新たに加え、「子ども医療費助成制度」となります。

※所得制限あり(現行のまま)

### 【現行】

入院・入院外とも 0歳～小学校就学前 (6歳に達した後最初の3月末まで)
--

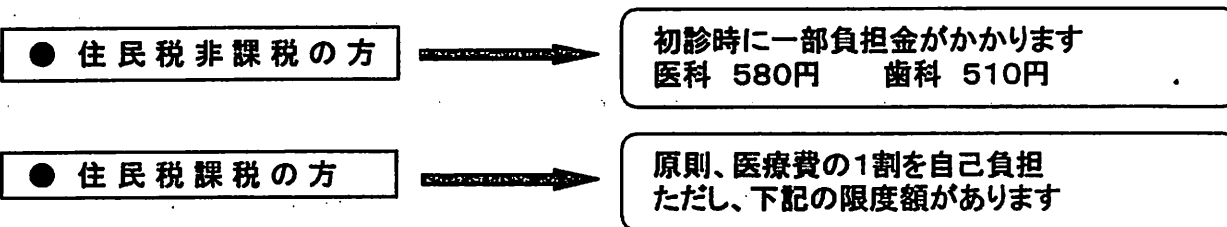
### 【改正後】

入院外	0歳～小学校就学前まで
入院 訪 看 <sup>※</sup>	0歳～小学校修了前 (12歳に達した後の最初の3月末まで)

※ 指定訪問看護に係るもの

## (2) 小学生の入院の自己負担額について

主として生計を維持する者の住民税課税状況によって自己負担が異なります。



### ● 1医療機関等(旧総合病院は診療科ごと)に支払う自己負担限度額

入院 44,400円/月

### ● 1ヶ月の自己負担限度額

世帯 44,400円/月

※ 限度額を超えて支払った自己負担額は、お住まいの区役所で申請していただくことにより、後日、払い戻しされます。

## (3) 実施時期

平成21年1月1日(1月診療分)から実施します。

## (4) 事務取り扱いについて

このたびの改正により、受給者証の様式が変わります。その表示内容によって自己負担の取扱が異なりますのでご注意ください。

※ 「受給者証の表示内容についての説明」参照

### ● 受給者証の色

【現行】 桃色 → 【改正】 就学前: 桃色 (現行どおり)

小学生: 水色 (新たに加えました)

※ なお、現行の「札幌市乳幼児医療費受給者証」(桃色)も有効期限まで使用できます。

## 【参考：受給者証の表示内容についての説明】

年齢	受給者証の表示				自己負担額
	証の色	受給者番号	課税・非課税	左上の表示	
小学校就学前	桃色	0000-0000 8桁の数字 (現行どおり)	区分なし	表示なし	従来どおりです。 入院、通院とも初診の際、初診時一部負担金として 医科 580円 歯科 510円 を 受領してください。
小学生	水色	K000-0000 頭文字Kと7桁の数字	住民税 非課税	子初	入院のみ助成対象となります。 初診の際、初診時一部負担金として 医科 580円 歯科 510円 を 受領してください。
			住民税 課税	子課	入院のみ助成対象となります。 医療費の1割額を受給者(保護者)から受領してください。 ただし、1レセプトあたりの1割相当額が、限度額の44,400円を超える場合は、44,400円以上、受給者(保護者)から受領しないでください。

**ココです** →

子課		<b>札幌市子ども医療費受給者証</b>										
有効期間		※ 入院のみ助成										
		平成 年 月 日 から										
		平成 年 月 日 まで										
記号	北-1	番号										

**見本**

## 2. その他のお願い

### (1) 小学校就学後の受給資格について

小学生の受給者証は毎年度、自動更新は行いません。毎年7月末で必ず資格を喪失します。そのため、提示される受給者証の番号、有効期間等を必ずご確認の上、ご請求をお願いします。

### (2) 請求書等の様式変更について

今回の改正により、請求書ならびに請求明細書の様式が変わります。新しい様式は同封の「子ども医療費助成制度の事務処理について」の14ページから17ページに掲載しておりますのでご参照ください。

電算等で処理している医療機関におかれましては変更の準備をお願いします。

なお、既存の請求書ならびに請求明細書も使用することができます。

#### ● 変更点

「乳幼児医療」の表記 ⇒ 「子ども医療」へ変更

### (3) ポスターの提示について

市民PR用ポスター(A2版)を同封いたしましたので、貴院内に掲示をお願いいたします。

# 子ども医療費助成制度の事務処理について

平成21年 1 月

札 幌 市

## はじめに

子ども医療費助成制度は、本市が関係機関各位のご協力を得まして、子どもの保護者に対し、その医療費の一部を助成することにより、子どもの保健の向上及び福祉の増進を図ることを目的として実施しております。

### ◇制度のあらまし

昭和48年9月 乳幼児医療費助成制度施行  
(入院3歳未満・通院1歳未満の乳幼児を対象)

昭和54年1月 入院対象を6歳未満に拡大

平成7年1月 通院対象を2歳未満に拡大・歯科の助成拡大

平成12年1月 通院対象を3歳未満に拡大

平成13年10月 通院対象を4歳未満に拡大・所得制限導入

平成16年10月 入院・通院ともに小学校就学前<sup>※1</sup>まで拡大

※1 …6歳に達する日以後の最初の3月31日まで  
通院時一部負担金導入(4歳以上で保護者が市民税課税者の場合、  
1割を自己負担)

平成20年8月 入院・通院時の一部負担金の統一

(4歳以上で保護者が市民税課税者の1割負担を初診時一部負担金  
に変更)

平成21年1月1日からは、入院対象を小学生修了前<sup>※2</sup>まで拡大しました。

それに伴い、制度の名称も「乳幼児医療費助成制度」から「子ども医療費助成制度」  
に変わりました。

※2 …12歳に達する日以後の最初の3月31日まで

この手引きは、子ども医療の制度と、保険診療の自己負担額を本市に請求する方法  
等を主としてご説明しておりますので、子ども医療費・事務手数料の請求事務につい  
て参考としていただきますようお願いいたします。

制度の内容は健診・医療担当課のホームページでもご覧いただけます。

**健診・医療担当課ホームページ**

<http://www.city.sapporo.jp/hoken-iryo/iryojosei/index.html>

子ども医療費の請求に関してご不明な点がございましたら、当課にご確認のうえ、事  
務処理をしていただくようお願いいたします。

〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目 (市役所4階5番)

札幌市役所保健福祉局保険医療部

保険年金課(健診・医療担当課)

211-2887

# 目 次

第1章	子ども医療費助成制度について	1
1	目的	1
2	対象者	1
3	助成の範囲	1
4	受給者証	2
5	助成の方法	2
	【受給者証の表示内容についての説明】	3
第2章	医療機関の医療費請求等について	4
1	窓口の取り扱い	4
2	請求書とその記載方法について	4
3	医療費等の請求と支払方法について	8
第3章	注意していただきたい取扱事例について	9
第4章	子どもに対して行われる他の医療給付制度	11
第5章	その他	12
1	用紙類の補給について	12
2	医療費・事務手数料請求における留意点	12
第6章	受給者証の申請窓口	13
様式及び記入例		
様式1	受給者証（小学校就学前用）	14
様式2	受給者証（小学生用）	15
様式3	子ども医療費・事務手数料請求書（医科・歯科用）	16
様式4	子ども医療費請求明細書（医科・歯科用）	17
様式5	子ども医療費・事務手数料請求書（調剤用）	18
様式6	子ども医療費請求明細書（調剤用）	19
様式7	医療助成共通領収書	20

# 第1章 子ども医療費助成制度について

## 1 目的

この制度は、小学校修了前（12歳に達する日以後の最初の3月31日までの間）の子どもを対象として、その医療費の自己負担分を保護者に助成することにより、子どもの保健の向上及び福祉の増進を図ることを目的とするものです。

## 2 対象者

- (1) 札幌市に住民登録または外国人登録をしていて、医療保険に加入している小学校修了前（12歳に達する日以後の最初の3月31日までの間）の子ども。
- (2) 子どもの生計を主として維持する方の前年又は前々年の所得額が限度額以内であること。
- (3) 生活保護法による保護を受けていないこと。

## 3 助成の範囲

医療費のうち保険診療による自己負担分（【参考】より）を助成いたします。  
ただし、次の(1)～(5)のものは助成の対象となりません。

### 【参考】保険診療による自己負担

小学校就学前（6歳に達する日以後の最初の3月31日まで）…2割

小学校就学後（6歳に達する日以後の最初の4月1日まで）…3割

### (1) 一部負担金

#### 小学校就学前のお子さん

初診時には次の一部負担金が発生しますので、医療機関等の窓口で受領して下さい。

◆ 初診時一部負担金      医科580円      歯科510円

#### 小学生のお子さん（入院のみ助成）

生計を主として維持する方の住民税の課税状況のより次の一部負担金が発生しますので、医療機関の窓口で受領してください。

#### ◆ 生計を主として維持する方が住民税非課税の場合

初診時一部負担金      医科580円      歯科510円

#### ◆ 生計を主として維持する方が住民税課税の場合

原則、医療費の1割負担。ただし次の限度額があります。

◇ 1医療機関等(旧総合病院は診療科ごと)に支払う一部負担金の限度額

入院 44,400円/月

\*この場合の一部負担金の限度額は、1レセプトごとの限度額になりますのでご注意ください。この限度額を超える場合は、その超える額を受給者から受領しないでください。

◇ 1か月の自己負担限度額

世帯 44,400円/月

\*この場合の一部負担金の限度額は、複数の医療機関等で受診した場合です。保護者が限度額を超えて支払った一部負担金は、札幌市(お住まいの区の区役所保健福祉課)に申請していただくことにより、後日助成します。

(2) 他の法令等により給付される医療費

(3) 高額療養費

(4) 健康保険組合、共済組合から支給される家族付加給付金相当額

(5) 健康保険の対象とならない費用

健康診断、予防接種、薬等の容器代、入院時の食事に係る費用(標準負担額)など

4 受給者証

(1) 「受給者証」は、この制度により助成を受けられる者であることを証明するものです。市では、保護者の申請に基づいて資格認定後に「受給者証」を交付します。

(2) お子さんが診療を受ける際には「健康保険証」とともに「受給者証」を医療機関等の窓口に掲示するものとします。

(3) 受給者証は小学校就学前の受給者と小学生の受給者で様式が違います。また、表示内容によって一部負担金の取扱が異なりますのでご注意ください。

**※「受給者証の表示内容についての説明」(3ページ参照)**

5 助成の方法

(1) 現物給付方法

医療機関等の窓口で自己負担額の徴収を必要としない方法です。(一部負担金の発生する場合は保護者負担)

(2) 現金給付(償還給付)方法

協定医療機関以外で診療を受けた場合、また受給者証を忘れてきて診療を受けた場合、指定訪問看護の診療を受けた場合等は、保護者はいったん自己負担額を支払い、医療機関等から領収書の交付を受け、札幌市(居住している区の区役所保健福祉課)に請求することになります。



【参考：受給者証の表示内容についての説明】

受給者証の表示					自己負担額
年齢	証の色	受給者番号	課税・非課税	左上の表示	
小学校 就学前	桃色	0000-0000 8桁の数字 (現行どおり)	区分なし	表示なし	従来どおりです。 入院、通院とも初診の際、初診時一部負担金として 医科 580円 歯科 510円 を受領してください。
小学生	水色	K000-0000 頭文字Kと7桁の数字	住民税 非課税	子初	入院のみ助成対象となります。 初診の際、初診時一部負担金として 医科 580円 歯科 510円 を受領してください。
			住民税 課税	子課	入院のみ助成対象となります。 医療費の1割額を受給者(保護者)から受領してください。 ただし、1レセプトあたりの1割相当額が、 限度額の44,400円を超える場合は、44,400円 以上受給者(保護者)から受領しないでください。

受給者証の表示  
【見本】

子課		札幌市子ども医療費受給者証									
有効期間		※入院のみ助成 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで									
記号	北-1	番号									

## 第2章 医療機関の医療費請求等について

### 1 窓口の取扱い

- (1) 対象者は、市が発行した受給者証（様式1）を健康保険証とともに医療機関に提示して受診することになっております。受給者証には有効期間（期限）、受給者番号、対象者氏名、生年月日、保護者の住所・氏名が記載してありますので確認してください。
- (2) 医療機関は、札幌市子ども医療費助成制度の対象者であることを確認した場合は自己負担額を徴収しないで、後日、札幌市に請求してください。一部負担金の発生する場合は、窓口で徴収してください。
- (3) この制度は、健康保険法等による自己負担額を札幌市が保護者に対して現物で助成するものですので、保険診療以外の費用（薬等の容器代、入院時の室料差額、入院時の食事に係る費用、診断書等の文書料）は本人から徴収してください。
- (4) 結核予防法、精神保健法、小児特定疾患医療及び精神医療（自立支援法）などの公費負担となる公費分医療費はこの制度の対象となりません。  
また、自己負担額（費用徴収額）については、償還給付で助成することになりますので、自己負担額（費用徴収額）を徴収し領収書を交付してください。
- (5) 未熟児養育医療ならびに育成医療（自立支援法）を受けられている方につきましては請求先が保健所になります。保健所健康企画課（☎622-5151）にご相談ください。

### 2 請求書とその記載方法について（平成21年1月診療分～）

医療費及び事務手数料の請求は、1か月分を取りまとめ本市指定の請求書（様式3、5）と請求明細書（様式4、6）により行っていただきます。

#### ◇ 請求明細書の書き方（様式4、6）

それぞれ10名連記で2部複写になっており上部が医療機関の控用、下部が札幌市提出用となっております。

様式4…医科、歯科の医療機関用の請求明細書

様式6…調剤薬局用の請求明細書

明細書の各項目は次により記入してください。

# 明 細 書

記 入 欄		記 載 要 領
ア.	医 療 機 関 コ ー ド	明細書が複数有る場合は、すべてのページに記入してください。
イ.	診 療 科 名	診療科を記入してください。
ウ.	診 療 年 月	月遅れの請求でも、 <u>実際の診療年月を記入してください。</u>
エ.	受 給 者 番 号	8桁の受給者番号を記入してください。
オ.	患 者 氏 名	受給者証の対象者氏名を記入してください。
カ.	保 険 者 番 号	健康保険証の保険者番号を記入してください。  社会保険・・・4桁（※協会けんぽに移行中） 国民健康保険・・・6桁 健保組合・共済組合・協会けんぽ・・・8桁
キ.	被 保 険 者 証 記 号 番 号	健康保険証の記号番号を記入してください。
ク.	負 担 割 合 区 分	該当する番号を○で囲んでください。  <del>6→入院外（保険診療（調剤）の自己負担が3割の方）</del> 7→入院外（保険診療（調剤）の自己負担が2割の方） 8→入院（保険診療）の自己負担が3割の方 <u>※小学生のみ</u> 9→入院（保険診療）の自己負担が2割の方  K→高額（高額療養費限度額適用の方） <u>※8、9、K、は調剤薬局用（様式6）にはありません。</u>
ケ.	初 診 回 数	<b>【小学生就学前と（子初）の受給者】</b>  <u>初診時一部負担金のみ</u> の患者について、初診料を算定した回数を記入してください。  <u>※「0」回は記入しないでください。</u>

記入欄		記載要領
コ.	一部負担金	<p><b>【小学生就学前と(子初)の受給者】</b></p> <p>初診時一部負担金として初診料算定回数1回につき、医科580円・歯科510円を徴収します。この徴収した額を記入してください。※(子初)は入院のみ</p> <p>なお、初診の場合で、保険診療の自己負担額が初診時一部負担金の額を下回る場合は、子ども医療費の助成はありません。</p> <p><b>【(子課)の受給者】 ※入院のみ</b></p> <p>原則として、医療費の1割を一部負担金として徴収します。この場合、一部負担金の欄は診療点数を同じ数字を記入することになります。<u>(実際の徴収金額と異なる場合がありますが、1円単位まで記入願います。)</u></p> <p>ただし、一部負担金には、1医療機関(旧総合病院は診療科)ごとに44,400円の限度額があります。</p> <p><u>1割相当額が限度額44,400円を超える場合は、限度額以上受給者(保護者)から受領しないでください。</u></p>
サ.	入院日数	入外区分8・9・Kの場合に記入してください。
シ.	診療点数	レセプト1枚ごとの点数を記入してください。
ス.	高額療養費 限度額	<p>入院の際に限度額適用認定証を提示し、かつ高額療養費が生じた場合のみ記入してください。(診療点数も記載してください。)</p> <p>なお、認定証を提示した受給者に高額療養費が生じなかった場合は、限度額欄に記載せず、診療点数欄だけ記載してください。</p>

※ 調剤薬局用(様式6)については、ケ、サ、スはありません。

※ 記入例については17頁又は19頁を参照してください。

◇ 医療費・事務手数料請求書の書き方(様式3、5)

請求明細書の総括表となるこの請求書は、2部複写になっており上部が医療機関の控用、下部が札幌市提出用となっております。

様式3…医科、歯科の医療機関用の請求書

様式5…調剤薬局用の請求書

この請求書の各項目は次により記入してください。

請 求 書

記 入 欄		記 載 要 領
ア.	件 数	明細書の1行が1件となります。明細書の件数を通院の2割、入院の2割・3割、高額療養費限度額に分けて記入してください。 <u>(通院3割の項目は平成20年4月診療分以降、記入しません)</u>
イ.	総 点 数	明細書の点数を通院の2割、入院の2割・3割、高額療養費限度額に分けて記入してください。
ウ.	自己負担額	総点数に2割負担については「2」を、3割負担については「3」を乗じた点数の金額換算値を記入してください。自己負担額は1円の単位まで記入してください。 区分が高額療養費限度額の場合は、明細書の「高額療養費限度額」の合計を記入してください。
エ.	初 診 回 数	明細書の初診回数の合計を記入してください。 <u>※「0」回は記入しないでください。</u>
オ.	一部負担金	明細書の一部負担金を、通院2割、入院の2割・3割、高額療養費限度額に分けて、記入してください。
カ.	金 額	自己負担額から一部負担金を差し引いた額を記入してください。
キ.	手 数 料	件数に210円(200円+消費税)を乗じた金額を記入してください。(国・道立医療機関を除く)
ク.	合 計 (請求金額)	金額に事務手数料を加算した金額を記入してください。

※ 調剤薬局用（様式5）については、通院、入院、高額の区分がなく、3割・2割の2行になります。（3割の項目は平成20年4月診療分以降、記入しません）

※ 記入例については16頁又は18頁を参照してください。

◇ 請求書の作成に当たっては、次の点にご注意ください。

ア. 請求書には必ず医療機関コード、医療機関の所在地、名称及び開設者名並びに電話番号を記入し、請求印を鮮明に押印してください。

イ. 請求金額の訂正は絶対しないでください。（書き損じた場合は、改めて作成しなおしてください。）

ウ. 月遅れ請求がある場合でも、当月分とまとめて記入してください。

（請求書は複数枚にしないでください。）

3 医療費等の請求と支払方法について

(1) 医療費及び事務手数料の請求については、診療（調剤）月の翌月の15日までに札幌市に郵送か又は持参のいずれかの方法で請求してください。（請求専用の封筒を用意しております。）

(2) 請求書の提出先は、市役所 健診・医療担当課です。

【提出先】

〒 060-8611

札幌市中央区北1条西2丁目（市役所4階南側）

札幌市 保健福祉局 保険医療部

保険年金課（健診・医療担当課）福祉医療係

電話 211-2887

※ 区役所では受付業務を行っておりませんのでご注意ください。

(3) 支払は、請求を受けた月の翌月の20日前後に、ご指定を受けている口座に振り込むことによって行います。（官公立医療機関を除く）

この場合、「子ども医療費・事務手数料支払案内書」によりお知らせいたします。

## 第3章 注意していただきたい取扱事例について

現物給付では、受給者証を医療機関の窓口に提示することが絶対の要件となります。したがって、下記の場合には、現物給付の対象となりませんので、十分ご注意ください。

### 1 受給者証を持参しないで診療を受けた者の取扱い

#### (1) 初診時に提示しないで翌日以降に提示した場合

受給者証を忘れた等の理由により、受診時に受給者証が提示されず、患者（保護者）から自己負担額を徴収した場合には、その月内の自己負担額はすべて患者から徴収してください。（子ども医療費の請求点数とレセプトの請求点数が異なると、その後の本市の事務に支障が生じます）

なお、この場合には、保護者が医療機関の領収書を添えて区役所に申請すると、償還給付により、後日助成を受けることができます。

#### (2) 診療終了（完治）後に受給者証を提示した場合

この場合は、診療期間中に受給者証の提示がありませんので、現物給付の対象とはなりません。

### 2 受給者証の交付を受けないうちに診療を受けた者の取扱い

#### (1) 出生後すぐ診療を受けた場合

受給者証がまだ保護者の手元にない場合ですが、このようなときは現物給付の対象となりません。

#### (2) 保険加入手続中に診療を受けた場合

この場合も手元に受給者証がありませんので(1)と同じ取扱いとなります。

#### (3) 診療の途中で受給資格登録を行った場合

初診時に受給資格登録をしていないで、診療の途中で受給資格登録を行い、受給者証を提示した場合は、その月内の診療については現物給付の対象となりません。

※ 以上の場合には、現物給付の対象となりませんが、償還給付で助成をすることになりますので、自己負担額を徴収し領収書を交付してください。

また、次の場合については、受給資格を喪失しておりますので、現物給付ならびに償還給付の助成の対象となりません。

ただし、他市町村またはその他の制度の助成を受けられる場合があります。

### 3 受給者証を返還しないで診療を受けた者の取扱い

#### (1) 他市町村へ転出した場合

転出した日から本市の受給資格はありませんので助成の対象とはなりません。

#### (2) 受給者証の有効期間（期限）が切れた場合

有効期間（期限）が切れた場合は、対象者としての資格を失っておりますので助成の対象となりません。

#### (3) 生活保護法による保護を受けている場合

生活保護費を受給している場合については、生活保護法を優先いたしますので、助成の対象となりません。

#### (4) ひとり親家庭等医療費受給者証を持っている場合

助成の対象となりません。

#### (5) 重度心身障害者医療費受給査証を持っている場合

精神障がいによる重度心身障害者医療費受給者証の保持者

小学生のみ助成の対象となります。

【重度医療】 通院のみ助成

【子ども医療】 入院のみ助成

それ以外の事由による重度心身障害者医療費助成医療費受給者証の保持者

助成の対象となりません。

#### (6) 前年の所得（1月から7月までは前々年の所得）が所得限度額を超えた場合

助成の対象となりません。



## 第4章

# 子どもに対して行われる他の医療給付制度

次の場合には、その制度が優先するためこれらの制度の適用を受ける子どもにつきましては、子ども医療費助成制度の該当にはなりません。

名 称	根拠法令等	対象疾病等	対象年齢等	治 療 機 関
養育医療 給 付	母子保健法 第 2 0 条	①原則として出生時の体重が 2,000g以下の者 ②重症黄疸により交換輸血を 必要とする新生児	①体重が、 2,500gに達する まで ②交換輸血に必 要な入院期間	指定医療機関  (法に基づく)
自立支援医療 (育成医療)	障 害 者 自立支援法 第 5 8 条	次の障害を有する児童で手術 等を行う者 ①肢体不自由②視覚障害③聴 覚、平衡機能障害④音声言語 機能障害⑤内臓障害（心臓障 害及び腎臓障害を除く内臓障 害については先天性のものに 限る）	1 8 歳未満	指定医療機関  (法に基づく)
自立支援医療 (精神医療)	障 害 者 自立支援法 第 5 8 条	統合失調症、精神作用物質に よる急性中毒又はその依存 症、知的障害、精神病質その 他の精神疾患を有する人で、 精神治療を継続的に要する程 度の病状にある人の通院費用	年齢制限なし	指定医療機関  (法に基づく)
結核児童 療育給付	児童福祉法 第21条9	結核児童で、長期間の入院を 要するもの	1 8 歳未満	指定医療機関 (法に基づく)
特定疾患 療育給付	要 網	国が定める45疾患と、北海 道が独自に定める6疾患に罹 患し、医療機関等で治療を行 っている方の入院および通院 費用	年齢制限なし	指定医療機関 (契約による)
小児慢性 特定疾患 療育給付	要 網	悪性新生物、先天代謝異 常、糖尿病、血友病などの疾 患については入院、通院と も、腎疾患、ぜんそく、心疾 患などその他の指定疾患につ いては20日以上入院を要 するもの	1 8 歳未満（一 部疾病につ いては20歳未 満の 者も含む）	指定医療機関 (契約による)

# 第5章 その他

## 1 用紙類の補給について

### (1) 本市で用意している用紙類は

- ① 子ども医療費請求明細書（様式4、6）
  - ② 子ども医療費事務手数料請求書（様式3、5）
  - ③ 医療助成共通領収書（様式7）
  - ④ 請求書等送付用封筒
- です。

用紙等が不足した場合には、ご連絡をいただければ郵送等によりお届けいたします。

### (2) 連絡先及び問い合わせ先

〒 060-8611

札幌市中央区北1条西2丁目（市役所4階南側）

札幌市 保健福祉局 保険医療部 保険年金課

（健診・医療担当課）福祉医療係 電話 211-2887

## 2 医療費・事務手数料請求における留意点

### (1) 請求額と支払額が異なる場合の通知について

医療費（自己負担額）及び事務手数料が請求通り支払えない場合があります。これらは主として対象者の資格喪失等によるものと思われませんが、このような場合は「子ども医療費助成金及び事務手数料支払額決定通知書」に理由を説明してお知らせします。

詳しい内容については、市役所健診・医療担当課（☎211-2887）までお問い合わせください。

### (2) 支給審査に伴うお願い


請求・支払いについて本市では電算で処理をしております。

そのため、子ども医療費請求明細書（様式4、6）及び子ども医療費事務手数料請求書（様式3、5）はそのまま入力票として使用しており、その必要項目に不備がありますと電算による処理ができませんので、電話等によるお問い合わせをする場合があります。

よろしくご協力をお願いいたします。

## 第6章 受給者証の申請窓口

取 扱 窓 口	所 在 地	電 話
中央区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	中央区南3条西11丁目	(代)231-2400
北区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	北区北24条西6丁目	(代)757-2400
東区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	東区北11条東7丁目	(代)741-2400
白石区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	白石区本郷通3丁目北	(代)861-2400
厚別区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	厚別区厚別中央1条5丁目	(代)895-2400
豊平区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	豊平区平岸6条10丁目	(代)822-2400
清田区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	清田区平岡1条1丁目	(代)889-2400
南区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	南区真駒内幸町2丁目	(代)582-2400
西区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	西区琴似2条7丁目	(代)641-2400
手稲区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	手稲区前田1条11丁目	(代)681-2400

札幌市子ども医療費受給者証	
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
記号	北-1 番号
対象者	氏名
	生年月日 平成 年 月 日生
保護者	住所
	氏名
発行機関名 及び印	札幌市長 
発行年月日	平成 年 月 日

### 注 意 事 項 (1)

- 市内で診療を受けるときは、必ず健康保険証と一緒にこの受給者証を医療機関等の窓口で提示してください。
  - 初診の場合、入院、入院外とも、次の初診時一部負担金が自己負担となりますので、医療機関等へ支払ってください。
    - ① 医科初診の場合 580円
    - ② 歯科初診の場合 510円
  - 入院時の食事療養に係る費用（食事療養標準負担額）は自己負担になります。
  - 受給者証を提示しないで診療を受けた場合、または、指定訪問看護の診療を受けた場合など、上記以外の医療費を自己負担したときは下記2に準じて助成金の申請をしてください。
- この受給者証は札幌市外では使用できません。  
札幌市外で診療を受ける場合は、いったん自己負担額を支払い、医療機関等が発行する診療日・患者名・診療点数・初診の有無が記載されている領収書を添えて、後日、お住まいの区の区役所で助成金の申請をしてください。
- この証を交通事故等の第三者行為による傷病の治療に使用する場合は、市役所保険年金課(健診・医療担当課 ☎211-2887)までご連絡ください。
- 不正にこの証を使用した場合は、助成金を返還していただくことになります。
- 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ので、保護者の方が細かく裁断して破棄してください。

(子課) 札幌市子ども医療費受給者証			
有効期間	※ 入院のみ助成 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
記号	北-1	番号	
対象者	氏名		
	生年月日	平成 年 月 日生	
保護者	住所		
	氏名		
発行機関名及び印	札幌市長	印	
発行年月日	平成 年 月 日		

### 注 意 事 項 (1)

1 市内で診療を受けるときは、健康保険証と一緒にこの受給者証を医療機関等の窓口に表示してください。

#### 【子初の方】

初診の場合、次の初診時一部負担金が自己負担となりますので、医療機関へ支払ってください。

- ① 医科初診の場合 580円
- ② 歯科初診の場合 510円

#### 【子課の方】

医療費の1割相当額が自己負担となりますので、医療機関等へ支払ってください。

ただし、同一の月に一つの診療科に対して支払う額は、44,400円までとなります。

1か月の自己負担額が世帯で44,400円を超えたときには、下記2に準じて助成金の申請をしてください。

#### 【子初 子課 共通】

- 1) 入院時の食事療養に係る費用（食事療養標準負担額）は自己負担になります。
- 2) 指定訪問看護の診療を受けた場合は、下記2に準じて助成金の申請をしてください。
- 3) 受給者証を提示しないで診療を受けた場合など、上記以外の入院医療費を自己負担したときは、下記2に準じて助成金の申請をしてください。

2 この受給者証は札幌市外では使用できません。

札幌市外で診療を受ける場合は、いったん自己負担額を支払い、医療機関等が発行する診療日・患者名・診療点数・初診の有無が記載されている領収書を添えて、後日、お住まいの区の区役所で助成金の申請をしてください。

3 この証を交通事故等の第三者行為による傷病の治療に使用する場合は、市役所保険年金課(健診・医療担当課 ☎211-2887)までご連絡ください。

**記入例**

**子ども医療費・事務手数料請求書**

(札幌市提出用)

平成 21年 1月分を下記(別紙明細書)のとおり請求します。

平成 21年 2月 14日

(あて先) 札幌市長

医療機関コード
0123456

医療機関等の所在地名 開設者氏名	札幌市中央区北1条西2丁目 北海病院 甲野 太郎 (Tel 211-2887)
------------------	---

区分	件数	総点数	(A)	(B)	(C)	(A) - (C) = (D)	(E)	(D) + (E)	
			自己負担額	初診回数	一部負担金	金額	手数料 (210円×件数)	合計	
請求	通院	3割	件(F) 点 (F)×3	円	回	円	円	円	
		2割	6	(G) 3,867 (G)×2 7,734	3	1,740	13,728	1,260	14,988
	入院	3割	2	(H) 12,170 (H)×3 36,510	1	5,432	31,078	420	31,498
		2割	1	(I) 2,560 (I)×2 5,120	1	580	4,540	210	4,750
	高額療養費 限度額	1	237,609	35,400	1	580	34,820	210	35,030
	計	10	256,206	84,764	6	8,332	84,166	2,100	86,266

(様式3)

交付決定	別紙内訳書のとおり
------	-----------

記入例

子ども医療費請求明細書

③医療機関  
コード

0123456

(様式4)

(札幌市提出用)

診療科名 小児科

⑥ 診療年月	④ 受給者番号 北-1										患者氏名	保険者番号	被保険者証 記号番号	⑤			⑧ 初診回数	⑨ 一部負担金	⑩ 入院日数	⑦ 診療点数	⑪ 高額療養費 限度額				
	3割6 2割7	3割8 2割9	高 額 K	通院	入院	高 額 K																			
21 1	1	3	0	6	-	0	3	0	3	札幌 太郎	0115	札北いろは8	6・7	8・9	(K)	1	回	580	円	30	日	237,609	点	35,400	円
21 1	3	4	0	8	-	0	9	2	1	札幌 花子	0115	札北いろは8	6・7	8・9	K		回		円		日	273	点		円
21 1	1	1	0	7	-	3	2	7	4	春川 まみ	014019	国札子101-1001	6・7	8・9	K	1	回	580	円		日	503	点		円
21 1	K	0	0	2	-	2	4	9	2	乙山 昭夫	06135687	87336510	6・7	8・9	K	1	回	580	円	10	日	7,318	点		円
21 1	K	2	1	1	-	0	3	5	4	秋河 楓	06132345	2005-1003	6・7	8・9	K		回	4,852	円	6	日	4,852	点		円
21 1	3	0	0	4	-	1	6	5	8	町田 晴海	0101	札西あいう7	6・7	8・9	K		回		円		日	1,065	点		円
21 1	1	9	1	2	-	0	5	6	7	冬野 奏太	0191	札東かきく5	6・7	8・9	K	1	回	580	円		日	781	点		円
21 1	5	0	0	1	-	2	8	7	5	甲田 次郎	0115	札北任継1234	6・7	8・9	K		回		円		日	345	点		円
21 1	3	0	0	3	-	8	5	6	3	丙谷 高峰	014019	国札子202-3003	6・7	8・9	K	1	回	580	円		日	900	点		円
21 1	8	4	0	7	-	2	3	7	5	夏山 美波	0115	札東ほへと5	6・7	8・9	K	1	回	580	円	2	日	2,560	点		円
															6	回	8,332	円			256,206	点	35,400	円	

※  
明細書作成についてのお願い

- この明細書は診療報酬明細書(レセプト)1枚につき1行を用い記入してください。
- ⑧初診回数の欄は、初診時一部負担金を負担した方のみ、初診回数を記入してください。(注:1割自己負担の方は記入しないでください。)
- ⑨一部負担金の欄は、初診時一部負担金の額、または総医療費の1割の額(子課)をお持ちの方は限度額44,400円)を記入してください。
- ⑩入院日数の欄は入院した日数を記入してください。
- 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担減額認定証を提示し、高額療養費が生じた方は、⑪高額療養費限度額の欄に自己負担限度額を記入してください。(注:⑦診療点数も記入してください。)

記入例

子ども医療費・事務手数料請求書

(札幌市提出用)

平成 21年 1月分を下記(別紙明細書)のとおり請求します。

《調 剤》

平成 21年 2月 12日

(あて先) 札幌市長

医療機関コード
0987654

所在地称 開設者氏名	札幌市中央区北1条西2丁目	乙田次郎印 (TEL 211-2887)
	北海薬局	

区分	(A)	(B)	(C)	(D)	(C) - (D) = (E)	(F)	(E+F)	
	件数	調剤報酬点数	自己負担額	一部負担金	金額	手数料 (210円×件数)	請求金額	
請求	3割	(G) 点	(G) × 3 円	円	円	円	円	
	2割	(H)	(H) × 2					
	計	6	9,100	18,200		18,200	1,260	19,460
	計	6	9,100	18,200		18,200	1,260	19,460

点検							
請求	3割						
	2割						
	計						

交付決定	別紙内訳書のとおり
------	-----------



記入例

子ども医療費調剤請求明細書

(札幌市提出用)

医療機関  
コード

③

0987654

(様式6)

⑥ 調剤年月		④ 受給者番号 北-1								患者氏名	保険者番号	被保険者証 記号番号	⑤ 3割 6 2割 7	⑦ 一部負担金	⑧ 調剤報酬点数	
21	1	3	4	0	8	-	0	9	2	1	札幌 太郎	0115	札北いろは8	6 (7)	円	325 点
21	1	3	4	0	8	-	0	9	2	1	札幌 太郎	0115	札北いろは8	6 (7)	円	365 点
21	1	1	1	0	7	-	3	2	7	4	春川 まみ	014019	国札子101-1001	6 (7)	円	1,250 点
21	1	3	0	0	2	-	2	4	9	2	乙山 昭夫	06135687	87336510	6 (7)	円	2,560 点
21	1	4	2	1	1	-	0	3	5	4	平河 夏子	06132345	2005-1003	6 (7)	円	785 点
21	1	3	0	0	4	-	1	6	5	8	町田 晴海	0101	札西あいう7	6 (7)	円	3,255 点
21	1	1	9	1	2	-	0	5	6	7	冬野 広太	0191	札東かきく5	6 (7)	円	560 点
														6・7	円	点
														6・7	円	点
														6・7	円	点
													計	円	9,100 点	

※明細書作成についてのお願い

- 1 この明細書は、調剤報酬明細書1枚につき1行を用い記入してください。
- 2 ⑧調剤報酬点数の欄は、調剤報酬明細書の(請求)欄の点数を記入してください。

# 領 収 書

患 者 氏 名	領 収 金 額				
様					円

ただし、平成 年 月診療分の

医科 歯科 等の区分	入院・入院外の区分			診療報酬点数	初診料	
	入院	日	日	自己負担割合		
医科 ・ 歯科	入院	日から	日まで	日間	点	無 ・ 1回 ・ 2回
調剤	入院外	診療日		日	3割・2割 1割	
		(月の初回・2回目以降)				

に係る医療費として領収いたしました。

平成 年 月 日

医療機関の所在地  
名 称  
開設者の氏名



※医療機関の方へ：入院外の場合には診療日ごとにこの領収書を発行してください。

(患者の方へ)

- この領収書には、健康保険の対象とならない費用（容器代、診断書料、オムツ代、往診時の車代、保険外診療費等）は、含まれておりません。
- 医療費の助成を受けるときは、この領収書を1か月分取りまとめのうえ、子ども、重度心身障害者、ひとり親家庭等又は老人の「医療費受給者証」、「印かん」及び「預金通帳」（銀行名及び支店名と口座番号のメモでも可。郵便預金通帳を除く）を必ず携行して、市（区）町村に請求してください。
- この「領収書」を訂正した場合には、医療費が助成になりませんので、特に注意してください。
- この「領収書」は、再発行いたしませんので大切に保管してください。

## 医療機関の方へお願い

この領収書は、次の「記入要領」により記入して下さるよう、御協力をお願いいたします。

〔記入要領〕

- 「領収金額」欄は、医療機関窓口において領収した保険診療の自己負担額を記入すること。
- 領収金額は、算用数字で記入し、数字の前に必ず「¥」の文字を記入すること。

(例)

	¥	1	2	3	0	円
--	---	---	---	---	---	---

- 「医科歯科等の区分」、「入院・入院外の区分」、「自己負担割合」、「初診料」の各欄は、回答項目を○で囲み、「入院期間と入院日数」、「入院外の診療日」、「診療報酬点数」の各欄は、該当する数字を記入すること。
- この領収書は、下記のような場合に発行すること。

- ① 医療費助成の受給資格はあるが、「受給者証」を持参しないとき又は現物給付の対象とならないときなど、医療機関窓口において保険診療の自己負担額を徴収した場合
- ② 患者からこの領収書用紙による領収書の交付を求められた場合