

平成 28 年 8 月 1 日から

## 旭川市の子ども医療費助成制度 が変わります

旭川市では、0歳から小学校6年生までの入院と指定訪問看護・通院について健康保険適用の医療費自己負担額を助成していますが、平成28年8月1日から、次のとおり助成の内容を変更します。

### ▶▶ 中学生の入院と指定訪問看護※について医療費を新たに助成します



区分	平成28年7月までの自己負担	平成28年8月からの自己負担
市民税非課税世帯	・初診、再診ともに3割負担	・自己負担なし
課税世帯		・初診 再診ともに1割負担

※指定訪問看護の場合 訪問看護費の1割（月限度額：市民税非課税世帯8,000円 課税世帯12,000円）

### ▶▶ 3歳未満の子と非課税世帯の自己負担額が変わります

平成28年8月1日より、3歳未満の子と市民税非課税世帯の自己負担はなくなります。

○ 3歳以上の子の課税世帯は、自己負担の変更はありません（1割負担）

区分	平成28年7月までの自己負担	平成28年8月からの自己負担
3歳未満の子または市民税非課税世帯	・初診時は、医科 580 円・歯科 510 円 ・再診時は自己負担なし	・自己負担なし
3歳以上の子の課税世帯	・初診、再診ともに1割負担 ※自己負担に変更はありません。	

### ▶▶ 北海道内の医療機関で受給者証が使えます（一部の受給者と医療機関除く）

協会健保、旭川市国保、共済組合、健保組合は、北海道内の医療機関で使用可能になりますが、国保組合のうち、①～⑥以外の国保組合加入者は、今までどおり旭川市内の医療機関のみで使用可能。（市外の医療機関受診の際は、償還払いの手続が必要です。）

- ①北海道歯科医師国保組合      ②北海道薬剤師国保組合      ③北海道医師国保組合
- ④北海道建設国保組合          ⑤全国土木建築国保組合      ⑥全国建設工事業国保組合

現在既に受給されている方は、8月1日からの更新にあわせて新しい「子ども医療費受給者証」を7月中旬に郵送します（所得が基準額以上である等の理由により、更新されない場合があります）。  
現在中学生の方は、新規申請が必要です。詳しくは、お問い合わせください。

#### 【お問い合わせ先】

旭川市7条通10丁目第二庁舎5階 旭川市子育て支援部子育て助成課 電話 25-6446

## 子ども医療費助成制度の改正内容

## 平成28年8月1日からの改正内容

○中学生の入院及び指定訪問看護に係る医療費が新たに助成対象に加わります。

○初診時一部負担金の助成を実施します。

これにより「子初」の方の自己負担は、初診料が算定されたときのみ「医科 580 円、歯科 510 円」から「自己負担なし」へと変わります。再診時は現行と変わらず「自己負担なし」です。

また、「子課」の方の自己負担は、現行と変わらず「1割」です。

○北海道内の医療機関で受給者証が使用可能となります（一部の受給者と医療機関除く）。

## ◎子ども医療費助成費の請求方法が変更となります。

8月診療分以降は、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会へのレセプトでの請求（一部の受給者を除く）となります。

## ◎平成28年8月1日から受給者証の様式が変わります。

12月までは一部負担金なし	
① 子課 子ども医療費受給者証	
② 公費負担者番号	90010042 北海道医療給付事業
	91010041 北海道医療給付事業の初診時一部負担金助成
	92010040 旭川市独自事業
受給者番号	1339993 ③
受住所	7条通10丁目 第二庁舎5階
	アサヒカワ タロウ 旭川 太郎
	生年月日 平成 25年 12月 15日 性別 男
有効期間	④ 一部負担 無 平成 28年 8月 1日 から 平成 26年 12月 31日 まで
	金の割合 1割 平成 29年 1月 1日 から 平成 29年 7月 31日 まで
発行機関名及び印記並びに交付年月日	北海道旭川市長 旭川市 後之田 平成 28年 7月 15日

注 意 事 項	
1 北海道内の医療取扱機関で診療等を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）を添えてこの証を必ず窓口へ提出してください（市長が別に定める場合を除く）。	
⑤ ① 一部負担金の割合が「無」の方 自己負担はありません。	
② 一部負担金の割合が「1割」の方 医療費の1割に相当する額を支払ってください。	
2 氏名、住所、受給者の保護者（主たる生計維持者）又は加入している医療保険に変更があったときは、速やかに、この証を添えて、その旨を市長に届け出てください。	
3 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。	
4 受給資格がなくなったとき、又は有効期間を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市長に返してください。	
5 不正にこの証を使用した者は、罰金に処罰を受けます。	
「医療取扱機関の皆様へ」 請求方法について不明な点がありましたら、子育て助成課にお問い合わせください。	
電話 0166-25-6446	

① 有効期間中に3歳になる場合は、「〇月までは一部負担金なし」、中学生と中学生になる場合は、「中学生は入院及び指定訪問看護のみ助成」と表示されます。

※「有効期間」欄の「無」・「1割」の期間を確認してください。

② 「公費負担者番号」が追加されます。

90010042 北海道医療給付事業

91010041 北海道医療給付事業の初診時一部負担金助成

92010040 旭川市独自事業

③ 受給者番号が変更になります。

④ 「初診時」から「無」に変わります（「子初」の受給者は、平成28年8月以降、一部負担金はありません）。

⑤ 一部負担金が変わります。

## 【お問い合わせ先】

旭川市7条通10丁目第二庁舎5階 旭川市子育て支援部子育て助成課 電話25-6446

# 目次

○ 子ども医療費助成制度	1
○ レセプト請求	2
○ レセプト作成	3
○ レセプト記入例	5
(医科入院外)	
(入院)	10
(歯科)	15
(調剤)	20
○ 子ども医療費助成金請求書での請求	24
○ 子ども医療費請求方法(フローチャート)	27

# 子ども医療費助成制度

- 1 助成の対象者  
旭川市に住民登録のある0歳から15歳(中学校3年生まで) 所得制限あり
- 2 助成の対象範囲  
0歳から小学校6年生まで ～ 通院・入院 及び 指定訪問看護  
中学生 ～ 入院 及び 指定訪問看護
- 3 患者窓口負担額

区分	3歳未満の子	3歳以上の子から小学生	中学生
通院 (調剤含む)	患者窓口負担 なし	【市民税課税世帯】 総医療費の1割負担 (限度額 12,000円/月)	助成なし (3割負担)
		【市民税非課税世帯】 患者窓口負担なし	
入院	なし	【市民税課税世帯】 総医療費の1割負担 (限度額 44,400円/月)	
		【市民税非課税世帯】 患者窓口負担なし	
指定訪問看護	訪問看護療養費の1割 (月限度額：非課税世帯 8,000円 課税世帯 12,000円)		

# レセプト請求

**旭川市の公費負担者番号の種類**

90010042 (北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成)

91010041 (上記のうち初診時一部負担金助成)

92010042 (旭川市独自の医療費助成)

**(受給者証(見本))**

有効期間内に3歳になる人は、(子初)から(子課)へ変わる場合、(子初)の最終有効月が記載されます。

負担区分を記載されています。

(子初) の場合患者窓口負担はありません。

(子課) の場合総医療費の1割負担  
(月限度額 通院 12,000円 入院 44,400円)

公費負担者番号と受給者番号が記載されています。

2月までは一部負担金はなし

子課

子ども医療費受給者証

公費負担者番号  
90010042  
91010041  
92010042 / 旭川市独自の医療費助成

受給者番号  
1339993

住所  
7条通10丁目  
第二号舎5階

氏名  
アサヒカワ タロウ  
旭川 太郎

生年月日  
平成 25年 12月 15日 性別 男

有効期間  
一部負担 届 平成 28年 6月 1日 から  
平成 28年 12月 31日 まで  
金の割合 1割 平成 29年 1月 1日 から  
平成 29年 7月 31日 まで

発行機関名及び印金びに交付年月日  
北海道旭川市長 平成 28年 7月 15日

レセプトに公費負担者番号と受給者番号を記載

90010042 1339993

# レセプト作成について

◎レセプト作成早見表

受給者証区分	子どもの年齢	受診形態	一部負担金	レセプト公費①②の公費負担者番号	レセプト請求形態	レセプト公費①負担金の記載	記載例
子初	0歳から3歳未満	入院 通院	なし	①90010042 ②91010041 【再診】 ①90010042	【初診料算定時】 3者併用 【再診】 2者併用	【初診料算定時】 公費①の「一部負担金額」欄に初診時一部負担金の金額(医科580円、歯科510円)を記載してください。	医科①②⑥⑦ 歯科①② 調剤①
	3歳から就学前	入院 通院					医科①②⑥⑦ 歯科①② 調剤①
	小学生	入院					医科⑥⑦
	小学生	通院					医科③ 歯科③ 調剤②
	中学生	入院					医科⑧
子課	3歳から就学前	入院 通院	医療費の1割相当額 入院 44,400円 限度 通院 12,000円 限度	①90010042 ②92010040	2者併用	公費①の「一部負担金額」欄に医療費の1割(1円単位)を記載してください。	医科④⑨ 歯科④ 調剤③
	小学生	入院					医科⑩
	小学生	通院					医科⑤ 歯科⑤ 調剤④
	中学生	入院					医科⑩

北海道と旭川市の医療費助成内容(90, 91, 92の助成内容)

区分	助成対象	患者窓口負担	
		市民税課税世帯の3歳以上の子	3歳未満の子と市民税非課税世帯
90 北海道医療給付事業の基準	就学前: 入院と通院 小学生: 入院	総医療費の1割(月額上限あり)	初診時一部負担金 医科580円 歯科510円
91 上記のうち初診時一部負担金助成(旭川市独自助成)		-	上記初診時一部負担金(医科580円 歯科510円)を助成、患者窓口負担なし
92 旭川市独自の医療費助成	小学生: 通院 中学生: 入院	総医療費の1割(月額上限あり)	患者窓口負担なし

【留意事項】

**子初** の表示がある受給者

- 1 小学校就学前（入院・通院）と小学生（入院）受給者のうち初診料が算定された場合は、医療保険と公費「90」「91」の3者併用で作成し、初診時一部負担金（医科580円、歯科510円）を公費①の一部負担金額欄に記載してください。再診の場合は医療保険と公費「90」の2者併用で作成してください。
- 2 小学生（通院）と中学生（入院）の場合は、医療保険と公費「92」の2者併用で作成してください。

**子課** の表示がある受給者

- 1 3歳から小学校就学前（入院・通院）と小学生（入院）の受給者証は、医療保険と公費「90」の2者併用で作成し、医療費の1割の金額（1円単位）を公費①の一部負担金額欄に記載してください。
- 2 小学生（通院）と中学生（入院）の場合は、医療保険と公費「92」の2者併用で作成してください。
- 3 患者負担限度額は、入院44,400円、通院12,000円となっております。
- 4 受給者証の有効年月日内に3歳になる方も「子課」の表示をしています。誕生日（1日を除く）の属する月までは**子初**の取扱いとなりますので、ご注意ください。

**子初** **子課** の表示がある受給者（共通事項）

- 1 下記①から⑥の国保組合以外の国保組合の被保険者については、レセプトでの旭川市子ども医療費助成事業と医療保険の公費併用請求はできませんので、旭川市内の医療機関は従前どおりの請求書で請求をお願いいたします。旭川市外の医療機関は、償還払いとなりますので受給者へお知らせください。

- (1) 北海道歯科医師国保組合（保険者番号 013011）
- (2) 北海道薬剤師国保組合（保険者番号 013029）
- (3) 北海道医師国保組合（保険者番号 013037）
- (4) 北海道建設国保組合（保険者番号 013045）
- (5) 全国土木建築国保組合（保険者番号 133033）
- (6) 全国建設工事業国保組合（保険者番号 133298）

診療報酬明細書 (医科入院外)		各道府県 診療番号	医療機関コード	1 1社・国 区	3 後期 2 併	1 保険 2 2併	2 本外 3 六外 6 家外 10 日外 7 ( )	8 高外 9
平成 年 月 分		子ども医療費受給者番号を記載						
公費負担者番号①	90010042	公費負担者番号②	* * * * *					
公費負担者番号③	91010041	公費負担者番号④	* * * * *					
氏名		該当する公費負担者番号を記載						
性別		1男 2女 1男 2女 3既 4平						
年齢		1歳以上 2下胎後3月以内 3産前産後						
病名(1)	(1)	年月日	診断	中止	死亡	転院	退院	日
病名(2)	(2)	年月日	診断	中止	死亡	転院	退院	日
病名(3)	(3)	年月日	診断	中止	死亡	転院	退院	日
<p>【医療費内訳】</p> <p>全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…</p> <p>保険者 7,000円×8割 = 5,600円</p> <p>公費 7,000円×2割 = 1,400円</p> <p>患者 0円</p>								
<p>● 患者窓口負担：なし</p> <p>● 「一部負担金額」欄：580円と記載</p> <p>※月中に初診料が複数回ある場合は580円×回数</p> <p>2割の金額が580円に満たない場合は2割の金額（1円単位）</p>								
診療報酬	700	一部負担金額	580					
公費①		公費②						
公費③		公費④						

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4用紙を使用すること。  
2. 誤印の欄、記入しないこと。

○診療報酬明細書 (医科入院外) 平成年月分

1 社・国 2 後期 1 単独 2 本外 3 併 4 六外 5 高外一 6 高外二 7 高外三 8 高外四 9 高外五 10 高外六 11 高外七

子ども医療費受給者番号を記載

90010042

公費負担番号 ① 90010042 公費負担 ② 公費負担 ③

該当する公費負担者番号を記載

氏名 性別 年齢 住所

職歴上の事由 1 職歴上 2 下船後3月以内 3 通病災害

医療機関名 診療科目 診療日 診療時間 診療内容 処置 薬物 検査 検査結果 入院日数 入院期間

【医科記載例②】

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **0歳から3歳未満 3歳から就学前**
- \* 受診形態 **通院 (再診時)**

【医療費内訳】

全体の医療費 (10割) が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×8割 = 5,600円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 0円

●患者窓口負担：なし

●「一部負担金額」欄：記載なし

700

減額 (円) 免除・支払額等

公費負担者番号

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4用紙とすること。  
2. 捺印の欄、記入しないこと。

○診療報酬明細書 (医科入院外) 平成年月分

1 社・国 2 後期 1 単独 2 本外 3 併 4 六外 5 高外一 6 高外二 7 高外三 8 高外四 9 高外五 10 高外六 11 高外七

子ども医療費受給者番号を記載

92010040

公費負担番号 ① 92010040 公費負担 ② 公費負担 ③

該当する公費負担者番号を記載

氏名 性別 年齢 住所

職歴上の事由 1 職歴上 2 下船後3月以内 3 通病災害

医療機関名 診療科目 診療日 診療時間 診療内容 処置 薬物 検査 検査結果 入院日数 入院期間

【医科記載例③】

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **小学生**
- \* 受診形態 **通院**

【医療費内訳】

全体の医療費 (10割) が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×7割 = 4,900円

公費 7,000円×3割 = 2,100円

患者 0円

●患者窓口負担：なし

●「一部負担金額」欄：記載なし

700

減額 (円) 免除・支払額等

公費負担者番号

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4用紙とすること。  
2. 捺印の欄、記入しないこと。

○ 診療報酬明細書 (医科入院外)

診療所 医療機関コード  
 番号

1 1社・国 2 2 併 3 3 後期 4 4 外 5 5 外 6 6 外 7 7 ( )	1 単独 2 2 併 3 3 後期 4 4 外 5 5 外 6 6 外 7 7 ( )	1 単独 2 2 併 3 3 後期 4 4 外 5 5 外 6 6 外 7 7 ( )
---	---	---

様式第1(1)

平成 年 月 分

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
9	0	0	1	0	0	4	2		

子ども医療費受給者番号を記載

子ども医療費受給者番号を記載

該当する公費負担者番号を記載

該当する公費負担者番号を記載

氏名 1男 2女 1明 2大 3短 4平 生  
 職務上の事由 1 職務上 2 下船後9月以内 3 通勤災害  
 地域及び名称

病名	(1) 年月日	起	終	死亡	中止	診療	公費負担
(2)	年月日						
(3)	年月日						

《医科記載例④》

- \* 受給者証区分 **子課**
- \* 子どもの年齢 **3歳から就学前**
- \* 受診形態 **通院**

【医療費内訳】  
 全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…  
 保険者 7,000円×8割 = 5,600円  
 公費 7,000円×1割 = 700円  
 患者 7,000円×1割 = 700円

● 患者窓口負担：1割  
 ※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を負担  
 ● 「一部負担金額」欄：1割（1円単位）を記載  
 ※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を記載

一部負担金額	700	円
一部負担金額	700	円

備考 1. この用紙は、日本工費規格A列4番とすること。  
 2. 捺印の欄、記入しないこと。

○ 診療報酬明細書 (医科入院外)

診療所 医療機関コード  
 番号

1 1社・国 2 2 併 3 3 後期 4 4 外 5 5 外 6 6 外 7 7 ( )	1 単独 2 2 併 3 3 後期 4 4 外 5 5 外 6 6 外 7 7 ( )	1 単独 2 2 併 3 3 後期 4 4 外 5 5 外 6 6 外 7 7 ( )
---	---	---

様式第1(1)

平成 年 月 分

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
9	2	0	1	0	0	4	0		

子ども医療費受給者番号を記載

該当する公費負担者番号を記載

氏名 1男 2女 1明 2大 3短 4平 生  
 職務上の事由 1 職務上 2 下船後9月以内 3 通勤災害  
 地域及び名称

病名	(1) 年月日	起	終	死亡	中止	診療	公費負担
(2)	年月日						
(3)	年月日						

《医科記載例⑤》

- \* 受給者証区分 **子課**
- \* 子どもの年齢 **小学生**
- \* 受診形態 **通院**

【医療費内訳】  
 全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…  
 保険者 7,000円×7割 = 4,900円  
 公費 7,000円×2割 = 1,400円  
 患者 7,000円×1割 = 700円

● 患者窓口負担：1割  
 ※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を負担  
 ● 「一部負担金額」欄：1割（1円単位）を記載  
 ※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を記載

一部負担金額	700	円
一部負担金額	700	円

備考 1. この用紙は、日本工費規格A列4番とすること。  
 2. 捺印の欄、記入しないこと。

○ 診療報酬明細書 (医療入院)

郵逦行 医療機関コード 1 1社・国 3 後期 1 単独 1 本入 7 高入  
 局番号 区 市 町 丁目 番 号 併 2 2 併 3 六入 9 高入7  
 平成 年 月 分 5 既入 9 高入7  
 子ども医療費受給者番号を記載 10 9 8  
 7 ( )

公費負担者番号① 90010042 公費負担者の受給者番号  
 公費負担者番号② 91010041 公費負担者の受給者番号  
 健康保険証・被保険者手帳等の記号・番号

区分 精神 種類 特記事項 保険医療機関  
 氏名 1男 2女 1男 2 該当する公費負担者番号を記載  
 職歴上の事由 1 職務

病名 (1) (2) (3)  
 診療 (1) (2) (3)

● 患者窓口負担：なし  
 ● 「負担金額」欄：580円と記載  
 ※月中に初診料が複数回ある場合は580円×回数

診療報酬	標準	減額	減額率	決定	負担金額	円	負担	金額	円	負担	金額	円	負担	金額	円	負担	金額	円
20,000																		

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4寸とすること。  
 2. 捺印の際は、記入しないこと。

○ 診療報酬明細書 (医療入院)

郵逦行 医療機関コード 1 1社・国 3 後期 1 単独 1 本入 7 高入  
 局番号 区 市 町 丁目 番 号 併 2 2 併 3 六入 9 高入7  
 平成 年 月 分 5 既入 9 高入7  
 子ども医療費受給者番号を記載 10 9 8  
 7 ( )

公費負担者番号① 90010042 公費負担者の受給者番号  
 公費負担者番号② 91010041 公費負担者の受給者番号  
 健康保険証・被保険者手帳等の記号・番号

区分 精神 種類 特記事項 保険医療機関  
 氏名 1男 2女 1男 2大 3 障 4 平 生 該当する公費負担者番号を記載  
 職歴上の事由 1 職務上 2 下駄靴3月以内 3 通院災害

病名 (1) (2) (3)  
 診療 (1) (2) (3)

● 患者窓口負担：なし  
 ● 「負担金額」欄：記載なし

診療報酬	標準	減額	減額率	決定	負担金額	円	負担	金額	円	負担	金額	円	負担	金額	円	負担	金額	円
20,000																		

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4寸とすること。  
 2. 捺印の際は、記入しないこと。



○診療報酬明細書 (医科入院)

平成 年 月 分

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号① 92010040

公費負担者番号②

被保険者証・被保険者手帳時の記号・番号

該当する公費負担者番号を記載

氏名 性別 年齢

1男 2女 1男 2女 3歳 4年 生

経過上の事由 1 経過上 2 下診後3月以内 3 通院改善

氏名 性別 年齢

1月 2女 1男 2女 3歳 4年 生

経過上の事由 1 経過上 2 下診後3月以内 3 通院改善

氏名 性別 年齢

1月 2女 1男 2女 3歳 4年 生

経過上の事由 1 経過上 2 下診後3月以内 3 通院改善

【医科記載例⑧】

- \* 受給者証区分 子初
- \* 子どもの年齢 中学生
- \* 受診形態 入院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が200,000円とすると…

保険者 200,000円×7割=140,000円

公費 200,000円×3割=60,000円

患者 0円

●患者窓口負担：なし

●「負担金額」欄：記載なし

項目	請求額	保険者負担額	公費負担額	患者負担額	合計
診療報酬	20,000				20,000
公費負担			60,000		60,000
患者負担				0	0
合計	20,000		60,000	0	80,000

備考 1. この明細は、日本工務規格A列4番とすること。  
2. 当欄の扱は、記入しないこと。

○診療報酬明細書 (医科入院)

平成 年 月 分

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号① 90010042

公費負担者番号②

被保険者証・被保険者手帳時の記号・番号

該当する公費負担者番号を記載

氏名 性別 年齢

1男 2女 1男 2女 3歳 4年 生

経過上の事由 1 経過上 2 下診後3月以内 3 通院改善

氏名 性別 年齢

1男 2女 1男 2女 3歳 4年 生

経過上の事由 1 経過上 2 下診後3月以内 3 通院改善

氏名 性別 年齢

1男 2女 1男 2女 3歳 4年 生

経過上の事由 1 経過上 2 下診後3月以内 3 通院改善

【医科記載例⑨】

- \* 受給者証区分 子継
- \* 子どもの年齢 3歳から就学前小学生
- \* 受診形態 入院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が200,000円とすると…

(0歳から就学前) (小学生)

保険者 200,000円×8割=160,000円 200,000円×7割=140,000円

公費 200,000円×1割=20,000円 200,000円×2割=40,000円

患者 200,000円×1割=20,000円 200,000円×1割=20,000円

●患者窓口負担：1割

\*1割が月額上限額44,400円を超える場合は、44,400円を負担

●「負担金額」欄：1割（1円単位）を記載

\*1割が月額上限額44,400円を超える場合は、44,400円を記載

項目	請求額	保険者負担額	公費負担額	患者負担額	合計
診療報酬	20,000				20,000
公費負担			20,000		20,000
患者負担				20,000	20,000
合計	20,000		20,000	20,000	60,000

備考 1. この明細は、日本工務規格A列4番とすること。  
2. 当欄の扱は、記入しないこと。

診療報酬明細書 (歯科入院)

平成 年 月 分

1 1社・国 3後期 1単独 1本入 7高入  
22併 3六入 9高入7

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号① 92010040

公費負担者番号②

公費負担医療の受給者番号

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

該当する公費負担者番号を記載

氏名 1男 2女 1明

職業上の事由 1職務上 2下勤務3月以内 3通勤災害

傷病名 (1) (2) (3)

診療日 (1) (2) (3)

診療時間 診 診 診

診療内容

診療費内訳

全体の医療費 (10割) が 200,000円とすると…

保険者 200,000円×7割=140,000円

公費 200,000円×2割=40,000円

患者 200,000円×1割=20,000円

●患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額44,400円を超える場合は、44,400円を負担

●「負担金額」欄：1割 (1円単位) を記載

※1割が月額上限額44,400円を超える場合は、44,400円を記載

20,000

20,000

備考 1. この明細は、日本工業規格A4用紙とすること。  
2. 赤字の数字は、記入しないこと。

様式第二(二)

診療報酬明細書 (歯科)

平成 年 月 分

3 1社・国 3後期 1単独 1本入 7高入  
22併 3六入 9高入7

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号① 90010042

公費負担者番号②

公費負担医療の受給者番号

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

公費負担者番号①を記載

公費負担者番号②は下部の摘要欄に記載

氏名 1男 2女 1明

職業上の事由 1職務上 2下勤務3月以内 3通勤災害

傷病名 (1) (2) (3)

診療日 (1) (2) (3)

診療時間 診 診 診

診療内容

診療費内訳

全体の医療費 (10割) が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×8割 = 5,600円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 0円

●患者窓口負担：なし

●「患者負担額 (公費)」欄：510円と記載

※月中に初診料が複数回ある場合は510円×回数

2割の金額が510円に満たない場合は2割の金額 (1円単位)

●「摘要」欄：公費負担者番号②及び子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号 90010041

公費負担医療の受給者番号 \*\*\*\*\*

510

700

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

診療所 医療機関コード  
電話番号

3	1	社	国	3	後	1	単	2	本	8
歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
2	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
0	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳

子ども医療費控除番号を記載

公費負担番号  
**90010042**

公費負担  
医療機関の  
番号

保険者証・保険者  
手帳等の記号・番号

氏名  
1男 2女 1男  
該当する公費負担番号を記載

診療上の事由  
1 歯科

診療開始日 年 月 日  
診療日数 日 (日)  
転送 治 済 死 亡 中 止

《歯科記載例②》

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **0歳から3歳未満**  
**3歳から就学前**
- \* 受診形態 **通院 (再診時)**

【医療費内訳】

全体の医療費 (10割) が 7,000円とすると…  
 保険者 7,000円×8割 = 5,600円  
 公費 7,000円×2割 = 1,400円  
 患者 0円

- 患者窓口負担：なし
- 「患者負担額 (公費)」欄：記載なし

公費負担額	△	合計	700	△
患者負担額 (公費)	△			
高額療養費	円			円

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

診療所 医療機関コード  
電話番号

3	1	社	国	3	後	1	単	2	本	8
歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
2	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
0	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳

子ども医療費控除番号を記載

公費負担番号  
**92010040**

公費負担  
医療機関の  
番号

保険者証・保険者  
手帳等の記号・番号

氏名  
1男 2女 1男  
該当する公費負担番号を記載

診療上の事由  
1 歯科

診療開始日 年 月 日  
診療日数 日 (日)  
転送 治 済 死 亡 中 止

《歯科記載例③》

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **小学生**
- \* 受診形態 **通院**

【医療費内訳】

全体の医療費 (10割) が 7,000円とすると…  
 保険者 7,000円×7割 = 4,900円  
 公費 7,000円×3割 = 2,100円  
 患者 0円

- 患者窓口負担：なし
- 「患者負担額 (公費)」欄：記載なし

公費負担額	△	合計	700	△
患者負担額 (公費)	△			
高額療養費	円			円

診療報酬明細書  
(歯科)

平成 年 月 分

都道府県 医療機関コード  
電話番号

3 1 社 団 3 後 期 1 単 独 2 本 外 8 附  
1 2 1 2 1 2 4 6 6 外 外 0 附  
10 9 8  
7 ( )

子ども医療費控除番号を記載

90010042

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

氏名 1男 2女 1明

該当する公費負担者番号を記載

職上の事由 1 職務

診療 年 月 日

診療 日 ( 日 )

転 送 治 中 死 亡 中 止

《歯科記載例④》

- \* 受給者区分 子課
- \* 子どもの年齢 3歳から就学前
- \* 受診形態 通院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×8割 = 5,600円

公費 7,000円×1割 = 700円

患者 7,000円×1割 = 700円

● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を負担

● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を記載

公費分	700	合計	700
患者負担額 (公費)	700	決定	
高額療養費		1割負担	700円

診療報酬明細書  
(歯科)

平成 年 月 分

都道府県 医療機関コード  
電話番号

3 1 社 団 3 後 期 1 単 独 2 本 外 8 附  
1 2 1 2 1 2 4 6 6 外 外 0 附  
10 9 8  
7 ( )

子ども医療費控除番号を記載

92010040

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

氏名 1男 2女 1明

該当する公費負担者番号を記載

職上の事由 1 職務

診療 年 月 日

診療 日 ( 日 )

転 送 治 中 死 亡 中 止

《歯科記載例⑤》

- \* 受給者区分 子課
- \* 子どもの年齢 小学生
- \* 受診形態 通院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×7割 = 4,900円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 7,000円×1割 = 700円

● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を負担

● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を記載

公費分	700	合計	700
患者負担額 (公費)	700	決定	
高額療養費		1割負担	700円



○ 調剤報酬明細書

平成 年 月 分

子ども医療費受給者番号を記載

90010042

公費負担者番号を記載

\*\*\*\*\*

保険証番号・保険者手続番号の記号・番号

氏名

該当する公費負担者番号を記載

保険証番号

保険証の所在地及び氏名

調剤上の事由

調剤回数

《調剤記載例③》

- \* 受給者証区分 **子供**
- \* 子どもの年齢 **3歳から就学前**

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×8割 = 5,600円

公費 7,000円×1割 = 700円

患者 7,000円×1割 = 700円

● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を負担

● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を記載

調剤回数	調剤上の事由	調剤回数	調剤上の事由	調剤回数	調剤上の事由	調剤回数	調剤上の事由
700							
公費①				700			
公費②							

備考 1. この用紙は、日本工業規格A判4番とすること。  
2. 捺印の欄は、記入しないこと。

○ 調剤報酬明細書

平成 年 月 分

子ども医療費受給者番号を記載

92010040

公費負担者番号を記載

\*\*\*\*\*

保険証番号・保険者手続番号の記号・番号

氏名

該当する公費負担者番号を記載

保険証番号

保険証の所在地及び氏名

調剤上の事由

調剤回数

《調剤記載例④》

- \* 受給者証区分 **子供**
- \* 子どもの年齢 **小学生**

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×7割 = 4,900円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 7,000円×1割 = 700円

● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を負担

● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額12,000円を超える場合は、12,000円を記載

調剤回数	調剤上の事由	調剤回数	調剤上の事由	調剤回数	調剤上の事由	調剤回数	調剤上の事由
700							
公費①				700			
公費②							

備考 1. この用紙は、日本工業規格A判4番とすること。  
2. 捺印の欄は、記入しないこと。

# 旭川市子ども医療費助成金請求書での請求

## 1 対象となる受給者及び診療月

### (1) 一部国保組合以外の国保組合加入の受給者

次の6国保組合以外の国保組合加入受給者は、レセプトでの請求はできないため、子ども医療費助成金請求書での請求となります。

- ①北海道歯科医師国保組合 ②北海道薬剤師国保組合 ③北海道医師国保組合
- ④北海道建設国保組合 ⑤全国土木建築国保組合 ⑥全国建設工事業国保組合

### (2) 平成28年7月診療分以前の子ども医療費助成金請求分

## 2 提出書類

「子ども医療費助成金請求書」(以下「請求書」という。)

請求書は2部複写で、1枚目が旭川市提出用、2枚目が医療機関控用となっています。

## 3 提出期限及び提出先

診療月の翌月13日(必着)までに到着するよう提出してください。

(請求書は、御連絡いただければ無料で郵送します。)

〒070-8525 旭川市7条通10丁目旭川市役所第二庁舎 子育て支援部子育て助成課

なお、当様式の内容を満たしており、記載箇所が同様であれば、電算処理により作成された請求書でもかまいません。

## 4 医療費等の支払

期限までに提出された請求分は、提出月の翌月末日までに御指定の口座に振り込みます。なお、事前に支払内容のお知らせ(ハガキ)を郵送します。

## 5 請求書作成にあたっての留意事項

提出された請求書は旭川市電算処理の入力票となっていますので、楷書で正確に記入してください。電算処理をされている場合は、印刷のかすれ等に御注意願います。

医療機関コードや振込口座等が変更になった場合は届出が必要です。担当まで御連絡ください。

## 【記入例】

様式第3号 1枚中 1枚目

子ども医療費助成金請求書 平成28年9月5日

(宛先) 旭川市長

医療機関コード	0123456		
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号	旭川市永山1条1丁目1番1号 北海道病院 北海道 太郎 電話 26-1111		

平成28年8月分子ども医療費及び取扱い手数料として、次のとおり請求します。

診療給付	件数	診療報酬請求総点数10割又は限度額	請求自己負担額	保険自己負担額	一部負担金	初年度	備考
7割	2	206,482	×3	619,446	85,450	533,996	
8割	2	2,151	×2	4,302		4,302	
限度額	3	73,512	×1		1,356	72,156	
計	7			623,748	86,806	610,454	1,512

(内訳)

診療年月	受給者番号	患者氏名	診療区分	保険給付7割	保険給付8割	限度・額	一部負担金	初年度	備考
28・8	1127372	旭川 太郎	入外	41,050			41,050	初年度	
28・8	0925222	北海道 花子	入外	165,432			44,400	初年度	
28・8	1610054	春川 二郎	入外			35,400		初年度	
28・8	0511162	夏山 みどり	入外			35,400		初年度	
28・8	1020783	秋野 空	入外			2,712	1,356	初年度	
28・8	1510650	冬野 雷子	入外		1,724			初年度	580
28・8	1311281	朝日 川子	入外		427			初年度	
			入外					初年度	

(略)

診療年月	受給者番号	患者氏名	診療区分	保険給付7割	保険給付8割	限度・額	一部負担金	初年度	備考
計									
原 計				2	2	3			
				206,482	2,151	73,512	86,806		

当様式の内容を満たしており、記載箇所が同様であればこの用紙での請求によるかまいません。

## 【記載要領】

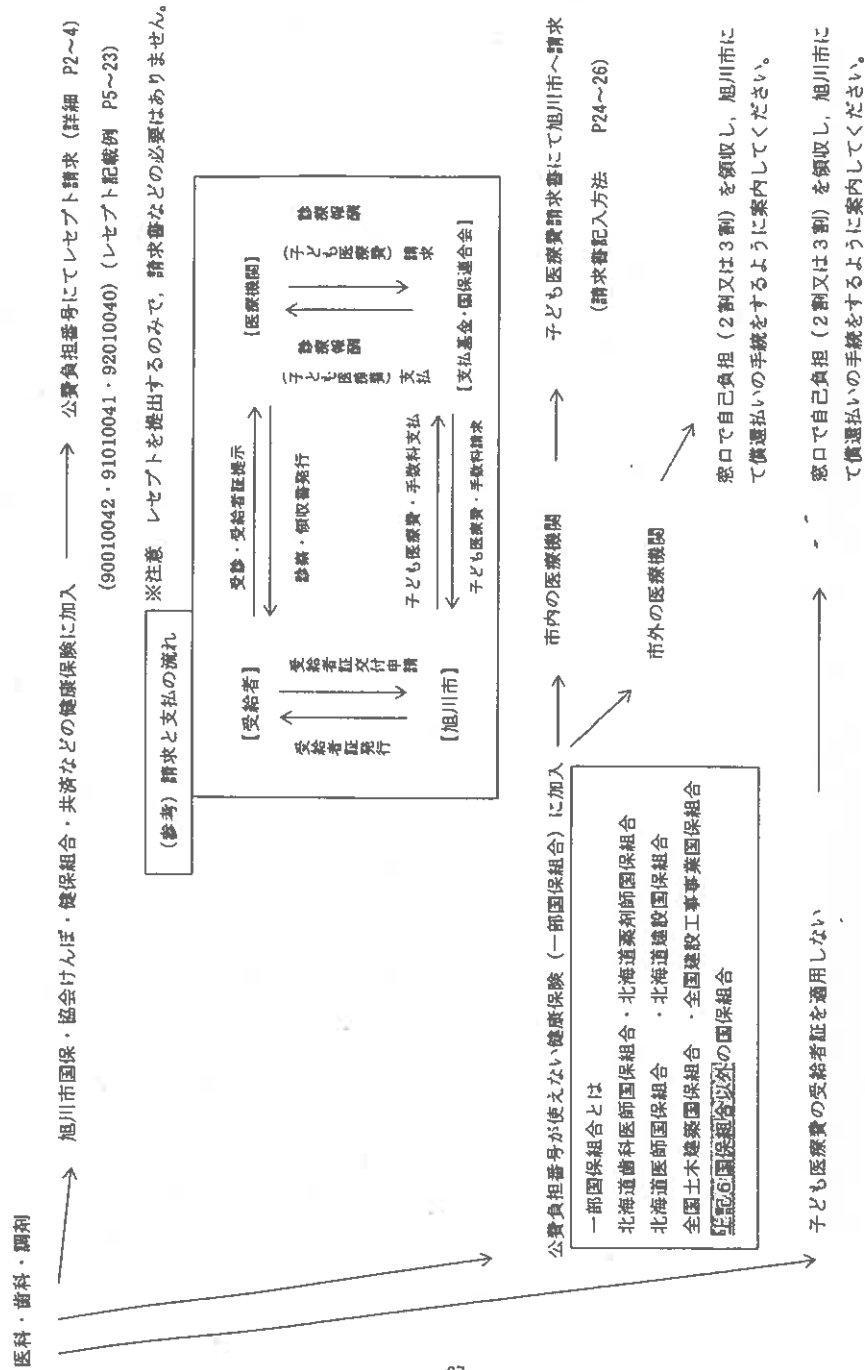
- 「枚中 枚目」、請求年月日、「年 月分」、医療機関コード、医療機関等の所在地・名称・開設者氏名及び電話番号を記入し、請求印を必ず押印してください。
- 「内訳」は、診療(調剤)報酬明細書1枚につき1行を用い記入してください。1枚に20件分記入できます。

記入欄	記載要領
件数	内訳の1行が1件となります。内訳の件数を「7割」、「8割」、「限度額」、「育成医療・結核・精神」に分けて記入してください。
診療報酬請求総点数10割又は限度額	内訳の点数(「限度額」は金額)を「7割」、「8割」、「限度額」に分けて記入してください。柔整は点数を円と読み替えてください。
保険自己負担額	総点数に、7割については「3」を、8割については「2」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円単位まで記入してください。柔整は窓口負担額総額を記入してください。

一部負担金	内訳の一部負担金を保険給付「7割」、「8割」、「限度額」、「育成医療・結核・精神」に分けて記入してください。
医療費請求額	「保険自己負担額」－「一部負担金」又は「診療報酬請求総点数10割又は限度額」－「一部負担金」の額を記入してください。
事務費請求額	「総件数」×「200円に消費税等相当額を加算した額」を記入してください（国・道立医療機関、独立行政法人医療機関を除く。）。
内訳欄	
診療年月	同じ診療年月であっても、「#」とせずに「〇年〇月」と記入してください。 月遅れ請求がある場合でも、当月分としてまとめて記入できますが、実際の診療年月を記入してください（請求書は診療年月ごとに複数枚にしないでください。）。
受給者番号	7桁の受給者番号を記入してください（可能であれば受給者番号順でお願いします。）。
患者氏名	受給者証の対象者氏名を記入してください。
診療区分	入院・外来区分は、該当するものを○で囲んでください。
保険給付7割、 保険給付8割	区分毎にレセプトの総点数を記入してください。柔整の場合は総額（円）を記入してください。
限度額	限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を提示した受給者についてのみ、自己負担限度額（高額療養費が生じなかった場合については、2割又は3割の自己負担額）を記入してください。
育成医療・結核・ 精神自己負担額	育成医療については、患者負担として請求する金額を記入してください。なお、結核・精神においては公費該当しない医療も同時にあるときは、上記金額にレセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数の3割又は2割相当額を合算し記入してください。
一部負担金	「子初」については、空欄又は0を記載し、「子課」については、1割相当額を徴収したときはその金額を記入してください。この場合、一部負担金の額は診療点数と同じ数字を記入することになります（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）。ただし、一部負担金には入院44,400円、外来12,000円の限度額があります。なお、柔整は総額の1割に端数が生じた場合は、1円未満を切り上げます。
初・課	初・課のうち該当するものを○で囲んでください。
備考	・「子初」の場合のみ、レセプトの「初診回数」×医科580、歯科510を記載してください。なお、「初診」で医科580、歯科510に満たない場合は、満たない額を記載してください。また、柔整には初診時一部負担金はありません。 ・薬局における同一月、同一受給者の請求については、処方箋発行の医療機関名を記入してください。
計	請求書が2枚以上にわたるときのみ記入してください。
累計	区分ごとの件数、点数又は金額を記入してください。

子ども医療費の請求に関して御不明なことがありましたら担当までお問い合わせください。  
 【担当】〒070-8525 旭川市7条通10丁目 旭川市役所第二庁舎  
 子育て支援部子育て助成課（子ども医療費助成担当）  
 電話25-6446（直通）

子ども医療費請求方法（フローチャート）





【記入例】

様式第3号

子ども医療費助成金請求書

1枚中 1枚目

(宛先) 旭川市長

平成28年9月6日

平成28年8月分子ども医療費及び取手手数料として、次のとおり請求します。

医療機関コード	0123456		
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号	旭川市永山1条1丁目1番1号 北海病院 北海 太郎 電話 26-1111		
保険給付	件数	診療報酬請求総点数10割又は限度額	請求額
7割	2件	206,482点	×3 619,446円
8割	2件	2,151点	×2 4,302円
限度額	3件	73,512点	×1 1,356円
育成医療・結核・精神自己負担額	件		72,156円
計	7件		623,748円
			86,806円
			610,454円
			1,512円

(内訳)

診療年月	受給者番号	患者氏名	診療区分	保険給付7割	保険給付8割	限度額	育成医療・結核・精神自己負担額	一部負担金	初・課	備考
28・8	1127372	旭川 太郎	入(外)	41,050点				41,050円	初(課)	
28・8	0925222	北海 花子	入(外)	165,432点				44,400円	初(課)	
28・8	1610054	香川 二郎	入(外)			35,400円			初(課)	
28・8	0511162	夏山 みどり	入(外)			35,400円			初(課)	
28・8	1020783	秋野 空	入(外)			2,712円		1,356円	初(課)	
28・8	1510650	冬野 雪子	入(外)		1,724円				初(課)	580
28・8	1311281	朝日 川子	入(外)		427円				初(課)	
			入(外)						初(課)	

~~~~~ (略) ~~~~~

|    |        |          |        |         |   |   |   |         |  |  |
|----|--------|----------|--------|---------|---|---|---|---------|--|--|
| 計  | 件数     | 2件       | 2件     | 3件      | 件 |   |   |         |  |  |
|    | 点数又は金額 | 206,482点 | 2,151点 | 73,512点 | 円 | 円 | 円 | 円       |  |  |
| 異計 | 件数     | 2件       | 2件     | 3件      | 件 |   |   |         |  |  |
|    | 点数又は金額 | 206,482点 | 2,151点 | 73,512点 | 円 | 円 | 円 | 86,806円 |  |  |

当様式の内容を満たしており、記載箇所が同様であればこの用紙での請求によらずともかまいません。

【記載要領】

- 「1枚中 1枚目」、請求年月日、「年 月分」、医療機関コード、医療機関等の所在地・名称・開設者氏名及び電話番号を記入し、請求印を必ず押印してください。
- 「内訳」は、診療(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。1枚に20件分記入できます。

| 記入欄               | 記載要領                                                                                       |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 件数                | 内訳の1行が1件となります。内訳の件数を「7割」、「8割」、「限度額」、「育成医療・結核・精神」に分けて記入してください。                              |
| 診療報酬請求総点数10割又は限度額 | 内訳の点数(「限度額」は金額)を「7割」、「8割」、「限度額」に分けて記入してください。柔整は点数を円と読み替えてください。                             |
| 保険自己負担額           | 総点数に、7割については「3」を、8割については「2」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円単位まで記入してください。柔整は窓口負担額総額を記入してください。 |