

大雪広国第7号  
平成29年4月6日

一般社団法人旭川市医師会長 様

大雪地区広域連合長 松岡市郎

乳幼児等医療費助成事業に係る資料の送付について

日頃より東川町・東神楽町・美瑛町並びに大雪地区広域連合の事務運営に際し、特段のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、北海道が実施する乳幼児等医療費助成事業について、3町では対象範囲等の拡大を実施しているところですが、新年度におきましても、保護者の利便性確保の観点から、前年度と同様のご対応をお願いしたいと考えております。

つきましては平成29年度の取扱資料を作成いたしましたので送付させていただきます。

記

送付内容

- ・平成29年4月1日以降の乳幼児等医療費助成金請求の取扱いについて
- ・東神楽町子ども医療費助成制度について
- ・美瑛町乳幼児医療費助成金の請求方法が変わります

(国民健康保険対策室 0166-82-3697・内563)

**医療機関様へ**

平成29年4月1日以降の

**乳幼児等医療費助成金請求の取扱いについて**

平成29年4月1日以降の乳幼児等医療費助成金の取扱いについて、別添のとおり取り扱うこととさせていただきます。

ご不明な点がありましたら、以下のお問い合わせ先までご連絡願います。

**大雪地区広域連合(東川町・東神楽町・美瑛町)**

制度・資格・請求に関するお問い合わせ先

東川町役場保健福祉課 TEL:0166-82-2111 (内502・503)  
〒071-1492 東川町東町1丁目16番1号

東神楽町役場健康ふくし課 TEL:0166-83-5430 (直通)  
〒071-1592 東神楽町南1条西1丁目3番2号

美瑛町役場保健福祉課 TEL:0166-92-4262 (直通)  
〒071-0292 美瑛町本町4丁目6番1号

請求書様式・請求に関するお問い合わせ先

大雪地区広域連合国保対策室 TEL:0166-82-3697 (内563)

## 平成29年4月診療分～

### 【東川・東神楽・美瑛町】乳幼児等医療費助成制度の概要

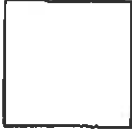
#### (1) 対象者（乳幼児等医療費受給者証を所持する方）

受給者証のマーク		対象者	医療機関で徴収をする額
子	東川町	3町共通 中学生以下 15歳に到達する年度末まで	① 保険適用外診療による自己負担分 ② 標準負担額 ③ 基本利用料(東川町のみ)
乳初	東神楽町		
乳初	美瑛町		

#### 【東川町】

子 子ども医療費受給者証			
記 号	1 2 5 5	※ 号	5012345
受 給 者	住 所	〒071-1492 東川町東町1丁目16番1号	
	氏 名	ミガシマツ タロウ 東川 太郎	性別 男
	生年月日	平成 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	北海道上川郡東川町長 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span>		
交付年月日	平成 年 月 日		

【東神楽町】

乳初 子ども医療費受給者証			
公費負担者番号	80011206	受給者番号	
	91011205		
	92011204		
子ども	住所地		
	氏名		性別
	生年月日	平成 年 月 日	
有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
一部負担金の割合	保険自己負担分全額助成		
発行機関名及び印	北海道上川郡 東神楽町長		
交付年月日	平成 年 月 日		

【美瑛町】

乳初 乳幼児等医療費受給者証			
公費負担者番号	90.01.126.3	受給者番号	
	91.01.126.2		
	92.01.126.1		
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日	平成 年 月 日	
有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
一部負担金の割合	保険診療自己負担分全額助成		
発行機関名及び印	北海道上川郡美瑛町長		印
交付年月日	平成 年 月 日		

## (2) 請求方法

### 3町共通【外来・入院】

中学生以下の受給者が保険医療機関等を受診する際、各町が発行した受給者証を医療機関等の窓口  
に提示し、受診します。

### 栗川町 ※H29.7.31まで

医療機関等は栗川町へ乳幼児等医療費等助成金請求書にて請求を行ないます。

なお、助成する範囲は原則、医療保険各法の規定による各種健康保険の限度額適用認定証の額までと  
なります。

### 東神楽町・美瑛町

診療報酬明細書（レセプト）の保険欄に点数を記載し、レセプトを審査機関（社会保険診療報酬支払  
基金や国民健康保険団体連合会）に提出する方法（レセプト併用請求）となります。

ただし、一部の国民健康保険組合については、レセプト併用請求ができませんので、乳幼児等医療費  
助成金請求書にて請求を行ないます。

※詳しくは、別紙「東神楽町子ども医療費助成制度について」  
「美瑛町乳幼児等医療費助成金の請求方法が変わります」をご覧ください。

## (3) 初診時一部負担金

初診時一部負担金についても各町で助成しているため、徴収の必要はありません。

## (4) 受給者証の確認ができない場合

受給者証を忘れたことにより、受給資格の確認ができない場合は、表紙に記載のお問い合わせ先まで  
ご連絡いただき、受給資格の確認をお願いいたします。

## (5) 請求書の記載方法について

### 【3町共通】未就学児

- 限度額適用認定証未提示者 . . . 「8割」欄
- 限度額適用認定証提示・適用者 . . . 「8割（限度額適用）」欄
- 育成医療・結核・精神該当者 . . . 「育成医療・結核・精神自己負担額」欄

### 【3町共通】小・中学生

- 限度額適用認定証未提示者 . . . 「7割」欄
- 限度額適用認定証提示・適用者 . . . 「7割（限度額適用）」欄

**※公費がある場合は、公費を優先して下さい。（小児慢性特定疾病等）**

## (6) ご請求時のお願ひ

乳幼児等医療費助成金及び事務手数料の請求は、原則、診療月の翌月13日までにご請求願ひます。  
なお、請求書の請求日は診療月の日付ではなく、翌月1日以降とするよう願ひします（例：4月診療  
の場合、請求日は4月30日とはせず、5月1日以降の日付としてください）。請求書の様式については、  
レセプト請求システムによるものでも可能です。

また、請求書の明細上部にある総括表欄は訂正不可の為、訂正の際は当該請求書を返戻させていた  
きますので、提出前に十分なご確認をお願いいたします。

## (7) ご請求金額のお支払い

【乳幼児等医療費助成金請求書にて請求を行なった場合】

期日までにご請求のあった医療費助成額は、原則、請求月の末日までに、指定の口座へお振込みいた  
します。なお、事務手数料の支払い額は、請求された受診件数に対して、1件当たりの事務手数料額を  
乗じて計算をしています。

お支払いのある月は事前に「支払通知」を送付し、ご案内させていただきます。

【レセプト併用請求にて請求を行った場合（東神楽町・美瑛町）】

※別紙「東神楽町子ども医療費助成制度について」

「美瑛町乳幼児等医療費助成金の請求方法が変わります」をご覧ください。

記載例

乳幼児等医療費助成金請求書

〇〇 町長 様

請求日は診療月の翌月  
以降を記載してください。

平成 29 年 5 月 1 日

平成 29 年 4 月分の乳幼児等医療費及び取り  
扱い手数料として、次のとおり請求します。

請求コード	〇〇.〇〇〇〇.〇
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号	旭川市〇条〇丁目〇-〇 旭川クリニック院長 旭 太郎 印 0166-92-1111
金融機関名	旭川銀行
支店名	大雷支店
口座番号等	当 〇100000
ふりがな 口座名	あさひかわくりにっく いんちよう あさひたろう 旭川クリニック 院長 旭太郎

保険給付	件数	診療報酬請求 総点数 (10割)	請求額 計算方法	医療費請求額	初診時 一部負担金	医療費請求額 計	事務費請求額
7割	1	9,780	× 3	29,340	/	29,340	/
7割 (限度額適用)	1	30,000	/	80,430	/	80,430	/
8割	1	15,675	× 2	31,350	/	31,350	/
8割 (限度額適用)	1	50,000	/	82,430	/	82,430	/
育成医療・精神 自己負担額	1	/	/	2,500	/	2,500	/
計	5	/	/	226,050	/	226,050	1,240

(内訳)

診療年月	受給番号	患者氏名	診療区分	保険種別	保険給付 7割	保険給付 7割 (限度額適用)	保険給付 8割	保険給付 8割 (限度額適用)	育成医療・ 精神 自己負担額	初診時 一部負担金	
4	100800	大雷 一	入 外	国 社	9,780					580	
4	120200	大雷 花	入 外	国 社		30,000				580	
4	110300	大雷 丘	入 外	国 社			15,675				
4	130500	大雷 山	入 外	国 社							
4	130500	大雷 山	入 外	国 社					2,500		
計					1	1	1	1	1	/	
					点数又は金額	9,780	30,000	15,675	50,000	2,500	1,160

【3町】中学生以下の外来・入院分に使用します。

初診時一部負担金を算定する診療があった場合には〇で囲みます。  
受給者からの徴収は必要ありません。

3町の中学生以下の外来分・入院分のうち、限度額  
認定証を提示し、適用されたときに使用します。  
医療費請求額は、自己負担限度額となります。

医療機関〈医科〉の皆様へ

【美瑛町】

平成29年4月1日診療分から

## 乳幼児等医療費助成金の請求方法が変わります

日頃より、当町の乳幼児等医療費助成事業につきまして、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

乳幼児等医療費助成金の請求につきましては、「乳幼児等医療費助成金請求書」にて請求いただいておりますが、社会保険診療報酬支払基金北海道支部と北海道国民健康保険団体連合会へ審査支払業務を委託することにより、平成29年4月診療分から医療保険と医療費助成との併用レセプト請求に変更させていただきます。

なお、併用レセプト請求に伴い、受給者証を変更し、受給者番号も新しくなりますので、受給者の受診の際は、ご確認くださいませようお願いいたします。（新しい受給者証は3月末に受給者あて送付します。）

また、併用レセプト請求でご対応いただけない場合は、従来どおり「乳幼児等医療費助成金請求書」にて請求いただくことも可能です。

ご不明な点がございましたら、お手数をお掛けし申し訳ありませんが、下記までご連絡くださいますようお願いいたします。

お問い合わせ先

〒071-0292 美瑛町本町4丁目6番1号

美瑛町役場 保健福祉課国保医療係

TEL：0166-92-4262（直通）

FAX：0166-92-1115（直通）



平成29年4月1日～  
**【美瑛町】乳幼児等医療費助成制度の概要**

1. 対象者（乳幼児等医療費受給者証を所持する方）


0歳～中学校3年生まで（15歳に到達する年度末まで）

受給者証区分	一部負担金	レセプト公費負担者番号	助成対象
乳初	なし	90.01.126.3（道の基準どおり）	入院・外来ともに保険適用となる医療費の自己負担分を全額助成
		91.01.126.2（初診時一部負担金助成）	
		92.01.126.1（美瑛町独自の助成）	

2. 受給者証

（表）

（裏）

乳初 乳幼児等医療費受給者証	
公費負担者番号	90.01.126.3 91.01.126.2 92.01.126.1
受給者番号	1234567
住所	
氏名	性別
生年月日	平成 年 月 日
有効期間	平成29年 4月 1日 から 平成 年 月 日 まで
一部負担金の割合	保険診療自己負担分全額助成
発行機関名及び印	北海道十川郡美瑛町長 
交付年月日	平成29年 4月 1日

注意事項

- この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際、医療機関等での窓口一部負担金はごさいません。（ただし、保険適用外を除く。）
- 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ときは、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったとき、14日以内にこの証を添えて町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、14日以内に町長にその旨を届け出てください。
- この証を無くしたり、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、速やかに町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑罰により処分を受ける場合があります。

医療医療機関の皆様へ  
 診療報酬明細書の請求について

- 本証持者と小学生の入院においては、医療保険及び公費「90」並びに公費「91」の併用で請求してください。
- 小学生の入院外と中学生においては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。
- 医療保険の請求点数は保険欄に記載してください。なお、公費「90」及び公費「91」の併用で請求する際は、初診が算定された場合のみ、初診時一部負担金の金額（医科580円、歯科510円）を公費①の一部負担金額へ記載してください。
- 公費「92」で請求される際は、一部負担金の記載は不要です。
- 受給者の窓口負担は発生しません。窓口負担分は美瑛町が負担します。（ただし、保険適用外を除く。）

医療医療機関の皆様へ  
 診療報酬明細書の請求について

- 本証持者と小学生の入院においては、医療保険及び公費「90」並びに公費「91」の併用で請求してください。
- 小学生の入院外と中学生においては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。
- 医療保険の請求点数は保険欄に記載してください。なお、公費「90」及び公費「91」の併用で請求する際は、初診が算定された場合のみ、初診時一部負担金の金額（医科580円、歯科510円）を公費①の一部負担金額へ記載してください。
- 公費「92」で請求される際は、一部負担金の記載は不要です。
- 受給者の窓口負担は発生しません。窓口負担分は美瑛町が負担します。（ただし、保険適用外を除く。）

### 3. 医療機関様から美瑛町への乳幼児等医療費の請求方法について

医療保険と医療費助成の併用レセプト（診療報酬明細書）を、審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会）へ提出してください。

#### 【美瑛町乳幼児医療費における公費番号】

「90.01.126.3」、「91.01.126.2」、「92.01.126.1」の3種類ですが、請求の際の公費番号の組み合わせは2種類のみとなります。

#### (1) 診療報酬明細書の記載

##### 【未就学児】

入院及び入院外・・・医療保険と公費番号「90.01.126.3」及び「91.01.126.2」の併用で請求してください。医療保険の請求点数は、保険欄に記載してください。  
初診が算定された場合のみ、初診時一部負担金の金額（580円）を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

##### 【小学生】

入院・・・医療保険と公費番号「90.01.126.3」及び「91.01.126.2」の併用で請求してください。

※記載方法は、未就学児と同様の取扱い

入院外・・・医療保険と公費番号「92.01.126.1」の併用で請求してください。

医療保険の請求点数は、保険欄に記載してください。（一部負担金の記載は不要）

##### 【中学生】

入院及び入院外・・・医療保険と公費番号「92.01.126.1」の併用で請求してください。

※記載方法は、小学生の入院外と同様の取扱い

公費早見表・レセプトの記載例を最終ページに記載していますのでご覧ください。

#### (2) 併用レセプト請求できない一部の国保組合

次の6国保組合以外の国保組合に加入されている受給者が受診された場合は、併用レセプト請求ができませんので、従来どおり「乳幼児等医療費助成金請求書」にて請求くださいますようお願いいたします。

レセプト併用請求ができる 国民健康保険組合	(01.301.1) 北海道歯科医師国保組合 (01.302.9) 北海道薬剤師国保組合 (01.303.7) 北海道医師国保組合 (01.304.5) 北海道建設国保組合 (13.303.3) 全国土木建築国保組合 (13.329.8) 全国建設工事業国保組合
--------------------------	--

#### 4. 医療機関様への医療費の支払いについて

審査支払機関での審査に1か月を要するため、医療費の支払いについては、次のとおりとなります。

【例】4月3日に助成対象者が医療機関を受診した場合（電子レセプトによる請求の場合）

4月	5月	6月
【3日】 受診	【10日まで】 医療機関 ⇒ 審査支払機関 ・レセプトを提出	【10日まで】 審査支払機関 ⇒ 美瑛町 ・医療費の請求
		【21日まで】 審査支払機関 ⇒ 医療機関 ・医療費の支払

※審査支払機関・・・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

5. 美瑛町乳幼児等医療費助成における公費負担者番号早見表

乳幼児等の年齢	受診形態	使用する公費番号	請求形態	初診が算定された場合
0歳～未就学児	入院・外来	90.01.126.3	医療保険と「90」と「91」で請求	公費①の「一部負担金額」に「580円」を記載。(受給者の窓口負担は無し)
		91.01.126.2		
小学生	入院	90.01.126.3		
		91.01.126.2		
中学生	入院外	92.01.126.1	医療保険と「92」で請求	記載無し
	入院・外来	92.01.126.1		

6. レセプトの記載例

受診者 : 2歳の乳幼児  
 受診月日 : 平成29年4月5日(初診)、4月12日(再診)  
 総点数 : 2,000点

診療報酬明細書 (眼科入院外)

診療月日: 平成29年4月分 01  
 診療機関コード: 01.29.1000.1

1 眼科	2 公費	3 保険	4 通院	5 初診	6 再診	7 再診	8 再診	9 再診	10 再診	11 再診
0	1	1	2	6	2				10	9

診療者番号: 01011263  
 公費負担者番号: 91011262

被保険者区・被保険者手続年の記号・番号: 美瑛 0000

・3歳未満なので、「医療保険」、「90」、「91」の併用。

【計算事例】  
 2,000点×8割=16,000円 ⇒ 医療保険が負担  
 2,000点×2割=4,000円 ⇒ 美瑛町が負担

医療費は一括して審査支払機関から支払われます。

※初診があるので、580円を公費①欄の一部負担金額欄に記載しますが、美瑛町が負担していますので、受給者から徴収しないでください。なお、公費②欄の一部負担金額欄には負担金額を記載する必要はありません。

診療	2,000	円
公費①	580	円
公費②		円

《医療機関（医科）の皆様へ》

## 東神楽町子ども医療費助成制度について

平成29年4月版

■■ 内容に関するお問い合わせ先 ■■

東神楽町 健康ふくし課 ふくしグループ

TEL：0166-83-5430

FAX：0166-83-4180

〒071-1592

東神楽町南1条西1丁目3番2号

### 1. 医療費の助成範囲について

子ども医療費の助成範囲は次のとおりです。

対象者	中学校修了前の子ども
助成内容	入院・外来ともに医療費自己負担分（※注）の全額
受給者証の有無	有
助成方法	現物給付（協定外の医療機関は償還払い）

（※注）医療費自己負担分・・・保険適用となる医療費の自己負担分のこと。

○重症心身障がい または ひとり親家庭の子ども（小・中学生）は・・・

- ・重症心身障がいの子ども⇒【障初】の重症心身障がい者医療費受給者証（緑色）
  - ・ひとり親家庭の子ども⇒【親初】のひとり親家庭等医療費受給者証（オレンジ色）
- それぞれ受給者証に、初診時一部負担金はかからない旨の記載をして発行しています。

**3. 医療機関様から東神楽町への子ども医療費の請求方法について**

「診療報酬明細書（レセプト）」の「保険」欄に点数を記載し、レセプトを審査機関（社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会）に提出する方法（レセプト併用請求）となります。

【東神楽町の子ども医療費における公費番号】

「90.01.1206」・「91.01.1205」・「92.01.1204」の3種類ですが、請求の際の公費番号の組み合わせは次の2種類のみとなります。

- ① 「0歳～小学校就学前の子どもの入通院医療費」と「小学生の入院医療費」  
⇒ 「90.01.1206」・「91.01.1205」の併用（初診があった場合、初診時一部負担金580円を公費①の一部負担金欄に記載してください。ただし、受給者の窓口負担はありません。）
- ② 「小学生の通院医療費」と「中学生の入通院医療費」  
⇒ 「92.01.1204」

公費早見表・レセプトの記載例を最終ページに記載していますのでご覧ください。

☆☆ 注意 ☆☆

「国民健康保険組合」については、次に示す保険者のみレセプト併用での請求をお願いします。

レセプト併用請求ができる 国民健康保険組合	(01.301.1) 北海道歯科医師国保組合 (01.302.9) 北海道薬剤師国保組合 (01.303.7) 北海道医師国保組合 (01.304.5) 北海道建設国保組合 (13.303.3) 全国土木建築国保組合 (13.329.8) 全国建設工事業国保組合
--------------------------	--

上記以外の国保組合に加入している受給者が受診された場合は、レセプト併用請求ができませんので、その方の診療分のみを、従来の方法による請求（医療機関様にて作成した請求書を東神楽町に郵送していただく方法）にてご請求いただきますようお願いいたします。

**4. 医療機関様への医療費の支払いについて**

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での審査に1か月を要するため、医療費の支払いについては、次のとおりとなります。

【例】4月3日に助成対象者が医療機関を受診した場合（電子レセプトによる請求の場合）

4月	5月	6月
【3日】 受診	【10日まで】 医療機関 ⇒ 審査機関 ・レセプトを提出	【10日まで】 審査機関 ⇒ 東神楽町 ・医療費の請求
		【21日まで】 審査機関 ⇒ 医療機関

・医療費の支払

※審査機関・・・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

▼東神楽町の子ども医療費における公費負担者番号早見表

子どもの年齢	受診形態	使用する公費番号	請求形態	初診があった場合
0歳～小学校就学前	入院・外来共通	90.01.1206	医療保険と「90」と「91」で請求	公費①の「一部負担金額」に「580円」を記載。(受給者の窓口負担は無し。)
		91.01.1205		
小学生	入院	90.01.1206		
	外来	91.01.1205		
中学生	入院・外来共通	92.01.1204	医療保険と「92」で請求	記載無し。
		92.01.1204		

▼レセプトの記載例

受診者 : 2歳の子ども  
 受診月日 : 平成〇〇年4月5日(初診)、4月12日(再診)  
 総点数 : 2,000点

診療報酬明細書 (標準入院外)

平成〇〇年4月分 01 01.29.1000.1

1 代国	3 産科	1 手術	2 本外	9 海外9
2 公費	4 産地	2 2診	4 二外	0 海外7
		3 3診	6 産外	

0 1 1 2 0 5 10 8 8 7 ( )

東神楽 〇〇〇〇

・3歳未満の子どもなので、「医療保険」、「90」、「91」の併用。

【計算事例】  
 2,000点×8割=16,000円 ⇒ 医療保険が負担  
 2,000点×2割=4,000円 ⇒ 東神楽町が負担  
 ※初診があるので、580円を公費①欄の一部負担金額欄に記載しますが、東神楽町が負担していますので、受給者から徴収しないでください。なお、公費②欄の一部負担金額欄には負担金額を記載する必要はありません。

医療費は審査機関から支払われます。


請求	2,000	円
公費①	580	円
公費②		円

## 2. 受給者証について

受給者証は次のとおりです。

【受給者証例】

《表面》

乳初 子ども医療費受給者証			
公費負担者 番号	90011208	受給者 番号	1234567
	91011206		
	92011204		
子 ど も	住 所 地	北海道上川郡東神楽町南1条西1丁目3番2号	
	氏 名	トロン ショウ 東神 太郎	性別 男
	生年月日	平成 24 年 8 月 1 日	
有効期間	平成 24 年 10 月 1 日 から 平成 40 年 9 月 31 日 まで		
一部負担 金の割合	保険自己負担分全額助成		
発行機関名 及 び 印	北海道上川郡 東神楽町長		
交付年月日	平成 24 年 10 月 1 日		

《裏面》

### 注 意 事 項

1. この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、医療機関等での窓口一部負担金はございません。(ただし、保険適用外を除く。)
2. 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に出してください。
3. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を東神楽町長に返還してください。
4. 氏名、住所地に変更があったときは14日以内に、この証を載せて東神楽町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、14日以内に東神楽町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ので、破棄してください。
8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受ける場合があります。

#### 保険医療機関の皆様へ

診療報酬明細書の請求について

1. 小学校就学前の子どもと小学生の入院においては、医療保険及び公費「90」並びに公費「91」の併用で請求してください。
2. 小学生の入院外と中学生の子どもにおいては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。
3. 医療保険の請求点数は保険欄に記載してください。なお、公費「90」及び公費「91」の併用で請求する際は、初診が算定された場合のみ、初診時一部負担金の金額(医科580円、歯科810円)を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
4. 公費「92」で請求される際は、一部負担金の記載は不要です。
6. 受給者の窓口負担は発生しません。窓口負担分は東神楽町が負担します。(ただし、保険適用外を除く。)

#### 保険医療機関の皆様へ

診療報酬明細書の請求について

1. 小学校就学前の子どもと小学生の入院においては、医療保険及び公費「90」並びに公費「91」の併用で請求してください。
2. 小学生の入院外と中学生の子どもにおいては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。
3. 医療保険の請求点数は保険欄に記載してください。なお、公費「90」及び公費「91」の併用で請求する際は、初診が算定された場合のみ、初診時一部負担金の金額(医科580円、歯科510円)を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
4. 公費「92」で請求される際は、一部負担金の記載は不要です。
5. 受給者の窓口負担は発生しません。窓口負担分は東神楽町が負担します。(ただし、保険適用外を除く。)