

医療機関各位

札幌市保健福祉局保険医療部保険企画課

札幌市医療費助成事業 (子ども・重度・ひとり親) の
課税世帯受給者の自己負担限度額変更のお知らせ

日頃より、本市の医療費助成事業に対し特段の御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市の医療費助成事業の課税世帯の受給者の自己負担限度額は、高齢者の医療の確保に関する法律施行令に定められた高額医療費算定基準額に準拠しておりますが、このたび高齢者の医療の確保に関する法律施行令が改正予定のため、当該事業の自己負担限度額を一部変更いたします。

つきましては、下記のとおり変更内容をお知らせいたしますので、事務取扱について御協力をお願い申し上げます。

記

1 変更時期

平成 29 年 8 月診療分から

2 変更内容

(1) 1 医療機関等に支払う自己負担限度額

入院 (就学前を除く)

受給者証の表示	現行	変更後
☆課 ☆=子・障・老・親	44,400 円/月	57,600 円/月 ※多数回該当時 44,400 円/月

(2) 世帯あたりの自己負担限度額

受給者証の表示	現行	変更後
☆課 ☆=子・障・老・親	44,400 円/月	57,600 円/月 ※多数回該当時 44,400 円/月

※多数回該当とは当月を含む過去 12 か月以内に自己負担限度額 57,600 円 (平成 29 年 7 月以前の診療月分は 44,400 円) となる月が 3 回以上あった場合、4 回目から適用される自己負担限度額

※※長期入院等のため医療機関で多数回該当が把握できる場合は、多数回該当の一部負担金限度額 44,400 円で現物請求することができます。

※※※限度額を超えて支払った自己負担額は、受給者が区役所へ申請することで払い戻しされます。

(3) その他

入院外の自己負担限度額（1 医療機関あたり 3,000 円/月、院内処方の場合は 1 医療機関あたり 6,000 円/月）については変更ありません。

3 同封書類

- ・子ども医療費・事務手数料の請求事務等について
- ・重度心身障がい者・ひとり親等医療費の請求事務等について
- ・札幌市医療費助成制度ポスター

【担当課】 〒060-8611
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保険企画課
TEL011-211-2960

子ども医療費・事務手数料の請求事務等について

《お知らせ》

平成29年8月診療分から課税世帯の小中学生の入院の自己負担限度額が変わります。
(本紙1ページ参照)

1. 子ども医療費の助成

	証の色	助成対象	助成範囲 注3	一部負担金の区分 (証左上に表示)	一部負担金
小学校 就学前 注1	桃色	通院・ 入院	保険診療 の自己 負担額 (2割)	表示なし	初診時に一部負担金として 医科・・・580円 歯科・・・510円
小学生 中学生 注2	水色	入院	保険診療 の自己 負担額 (3割)	子初	初診時に一部負担金として 医科・・・580円 歯科・・・510円
				子課	原則、総医療費の1割が一部負担金になります。 ただし、次の自己負担限度額があります。 ◇1 医療機関ごとの限度額・・・57,600円/月 (多数回該当の場合は44,400円) ※この場合、1レセプトごとの限度額になります。 ※多数回該当とは、当月を含む過去12か月以内に自己 負担金限度額57,600円(平成29年7月診療分までは 44,400円)となる月が3回以上あった場合、4回自 から適用される自己負担限度額です。 ※平成29年7月以前の入院の場合は44,400円です。

注1) 0歳～6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間

注2) 6歳に達する日後最初の4月1日～15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間

注3) 保険外診療、また、入院時の食事療養に係る費用の自己負担分(食事療養標準負担額)は、助成対象となりません。

※① 受給者番号・有効期間・一部負担金の区分等が受給者証に記載されていますので、**受診時に必ず受給者証を確認してください。**

※② ひと月内の1レセプト扱いとなる診療については、医療費助成を適用させる扱いとするか、自己負担額を患者から徴収する扱いとするか、どちらかに統一してください。(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、自己負担額を徴収した場合には、保護者が区役所に申請していただくことで、後日助成を受けることができます(現金給付)。

※③ 「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、高額療養費が発生した受給者については、高額療養費自己負担限度額から上記の一部負担金を差し引いた額を助成します。

(請求書等の記載方法については、本紙3、4ページの記入例をご確認ください)

2. 医療費の請求の際に提出していただく書類等

(1) 提出書類

①「札幌市子ども医療費・事務手数料請求書」(以下「請求書」という。)

※必ず請求印を押印してください。月遅れ請求等がある場合でも、請求書は1枚にまとめてください。

②「札幌市子ども医療費請求明細書」(以下「明細書」という。)

※本市電算処理の入力票となっているため、正確に読み取れるよう記入してください。

(2) 提出先・・・当課まで郵送あるいは持参してください。(※区役所では請求書等の受付を行っておりません。)

(3) 提出期限・・・診療月の翌月15日まで到着するよう提出してください。

*「請求書」、「明細書」及び「請求書送付用封筒」は、ご連絡いただければ無料で郵送いたします。

3. 医療費の支払い

(1) 支払時期

期限までに提出された分は、提出月の翌月の20日前後です。(その月によって多少前後します。)

なお、期限後に提出された場合は、提出月の翌々月となりますのでご了承ください。

(2) 支払方法

ご指定の口座に振込みます。(官公立医療機関を除く)

(3) 支払通知

「子ども医療費・事務手数料支払案内書」(ハガキ)を郵送します。

なお、請求をいただいた中に支払いできない分がある場合には、別途通知します。

4. 「請求書」・「明細書」作成にあたっての留意事項

(1) 「請求書」および「明細書」は、本市電算処理の入力票となっているため、様式に制約があります。

このため、これらを電算作成される場合は、ご注意ください(事前に当課にご相談ください)。

(2) 「明細書」には、健康保険や、入院・入院外の種別に関係なく、1ページに10人分を記載することができます。

5. 領収書発行に関してのお願い

子ども医療費助成受給者の医療費を保護者が医療機関に直接支払ったときや、一部負担金の限度額を超えて支払ったときなどは、保護者の申請に基づき、現金給付により後日助成をしております。

医療機関の領収書は、この際の助成金額を決定するための根拠となりますので、「レシート」あるいは「市販の用紙」による領収書を発行される場合は、次の点にご配慮いただくようお願いいたします。

* 下記(1)の記載項目がある「医療費助成申請専用の領収書」用紙を必要とされる場合は、ご連絡ください。

(1) 「受診者の氏名」「診療点数」「初診の有無」を記入してください。

(2) 「レシート」には、医療機関の領収印を押印してください。

制度の詳しい内容は札幌市-医療助成のホームページでもご覧いただけます。

札幌市-医療助成のホームページ

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

この他、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階南側)

札幌市役所 保健福祉局 保険医療部 保険企画課 ☎ 211-2960(直通)

記入例

子ども医療費・事務手数料請求書

(札幌市提出用)

医療機関コードを記載してください。

平成 29年 8月分を下記(別紙明細書)のとおり請求します。

平成 29年 9月 8日

※月遅れ請求等がある場合でも、請求書は1枚にまとめてください。

医療機関コード
0123456

(あて先) 札幌市長

札幌市の子ども医療費助成対象者分のみご請求ください。

医療機関等の所在地名 称 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 211-2960)

甲野 印

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 (216円×件数)	合計		
請求	通院	3割	件: (G)	(G) × 2						
		2割	3	2, 468	4, 936	3	1, 740	3, 196	648	3, 844
	入院	3割	4	133, 781	401, 343	1	107, 432	293, 911	864	294, 775
		2割	1	40, 302	80, 604			80, 604	216	80, 820
	高額療養費限度額	2	257, 609	70, 800	1	580	70, 220	432	70, 652	
計	10	434, 160	557, 683	5	109, 752	447, 931	2, 160	450, 091		

通院の3割は医療助成対象外ですので記入しないでください。

請求印を押してください。

必ず記載してください。

※正確に読み取れるよう、楷書で記入してください。

交付決定

別紙内訳書のとおり

〔子ども医療費・事務手数料請求書の記載方法〕

- 「子ども医療費請求明細書」の合計を本書に記入してください。
 - 本書は本市電算処理の入力票となっているため、楷書で正確に記入してください。
 - 医科の記入例を掲載しておりますので、歯科については、(C)を歯科の初診時一部負担金に置き換えて記入してください。
- ※ 月遅れ請求等がある場合でも、請求書は1枚にまとめてください。

記入欄の説明

※平成20年4月診療分から、未就学児童の保険診療の自己負担額が3割⇒2割に変更になりました。

医療機関コード

・医療機関コードは必ず記載してください。

請求印

・請求印は必ず押してください。

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3割・2割、高額療養費限度額に分けて記入してください。(通院の3割は医療助成の対象外ですので記入しないでください。)

総点数

・明細書の点数を通院の2割、入院の3割・2割、高額療養費限度額に分けて記入してください。

自己負担額

・入院の3割については、総点数に「3」を乗じた点数の金額換算値を記入してください。
 ・通院の2割・入院の2割については総点数に「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。
 ・高額療養費限度額については、限度額適用認定証を提示し、高額療養費が生じた方の自己負担限度額を記入してください。

初診回数

・明細書の初診回数の合計を記入してください。「0」回は記入しないでください。

一部負担金

・明細書の一部負担金を、通院の2割、入院の3割・2割、高額療養費限度額に分けて、記入してください。

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。

手数料

・件数に216円(200円+消費税8%)を乗じた金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)

合計

・金額に事務手数料を加算した金額を記入してください。

記入例

子ども医療費請求明細書

診療科名

小児科

(札幌市提出用)

⑤ 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	⑥			⑧ 初診回数	⑨ 一部負担金	⑩ 入院日数	⑪ 診療点数	⑫ 高額療養費 限度額
					通院 3割 2割	入院 3割 2割	高 額 K					
29 8	1 7 0 6 - 0 3 0 3	札幌 太郎	01010016	9876543・21	6・7	8	9	1	580円	30日	237,609点	35,400円
29 8	3 8 0 8 - 0 9 2 1	札幌 花子	01010016	9876543・21	6	7	8・9				20,000点	35,400円
29 8	1 9 0 7 - 3 2 7 4	香川 まみ	014019	国札子101-1001	6	7	8・9	1	580円		503点	
29 8	K 0 0 2 - 2 4 9 2	乙山 昭夫	06135687	87336510	6・7	8	9	1	580円	10日	7,318点	
29 8	M 2 1 1 - 0 3 5 4	秋河 楓	06132345	2005-1003	6・7	8	9		4,852円	6日	4,852点	
29 8	3 0 0 4 - 1 6 5 8	町田 晴海	01130012	1234567・890	6	7	8・9				1,065点	
29 8	1 9 1 2 - 0 5 6 7	冬野 葵太	01270016	7882112・2	6・7	8	9			5日	40,302点	
29 8	K 0 0 1 - 2 8 7 5	甲田 次郎	01010016	50000001 ・123456	6・7	8	9		57,600円	25日	63,547点	
29 8	3 0 0 3 - 8 5 6 3	丙谷 高峰	014019	国札子202-3003	6	7	8・9	2	1,160円		900点	
29 8	M 7 0 7 - 2 3 7 5	夏山 美波	32101316	1・987654	6・7	8	9		44,400円	22日	58,064点	
								6	109,752円		434,160点	70,800円

※正確に読み取れるよう、楷書で記入してください

多数回該当の場合は44,400円と記入してください

- ※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行を用いて記入してください。
 - 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。)
 - ⑨一部負担金の額は初診時一部負担金の額または医療費の1割の額(「子初」をお持ちの方は限度額57,600円(多数回該当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、⑫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:⑪診療点数も記入してください。)
この場合、⑥は通院または入院のいずれかと高額「K」の2箇所を○で囲んでください。

記入欄の説明

医療機関コード ・明細書が複数枚になる場合はすべてのページに記載してください。

診療科名 ・診療科を記入してください。

診療年月 ・月遅れの請求でも実際の診療月を記入してください。

受給者番号 ・8桁の受給者番号を記入してください。

保険者番号 ・国民健康保険は6桁、全国健康保険協会(協会けんぽ)・
健保組合・共済組合は8桁の保険者番号を記入してください。

通院・入院区分 ・該当する番号を○で囲みます。

6→通院(保険診療の自己負担が3割の方)

※平成20年4月診療分から、未就学児童の保険診療の自己負担が3割⇒2割に変更になりました。

7→通院(保険診療の自己負担が2割の方)

8→入院(保険診療の自己負担が3割の方)

9→入院(保険診療の自己負担が2割の方)

K→高額療養費限度額適用(限度額適用認定証を提示し高額療養費が生じた方。上記7~9のいずれかとKの両方に○をつけてください)

初診回数 ・小学校就学前・または「子初」のお子さん(初診時一部負担金のみ自己負担)について、初診料を算定した回数を記入します。
(「0」回は記入しないでください。)

一部負担金 【小学校就学前のお子さん】※桃色の受給者証
入院・入院外共に、初診料算定回数1回につき、初診時一部負担金として医科580円・歯科510円を徴収します。
この徴収した金額を記入してください。
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。

【小学生・中学生のお子さん】※水色の受給者証
「子初」の表記がある方は、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。
この徴収した金額を記入してください。
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。

「子課」の表記がある方は、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、1医療機関ごとに57,600円/月(多数回該当の場合は44,400円)の限度額がありますのでご注意ください。

入院日数 ・入院の場合に入院日数を記入してください。

診療点数 ・レセプト1枚ごとの点数を記入してください。

高額療養費限度額 ・限度額適用認定証を提示し、高額療養費が生じた方は、⑫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。
※⑪診療点数も記載してください。(注)★参照

(注)★
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にだけ、高額療養費限度額欄に限度額適用認定証に記載された区分に応じた金額を記載してください。(診療点数欄も記載してください。)
なお、受給者が限度額認定証を提示しても、高額療養費が生じなかった場合は、診療点数欄のみ記載してください。

重度心身障がい者・ひとり親家庭等医療費の請求事務等について

《お知らせ》

平成29年8月診療分から課税世帯の受給者の入院時の自己負担限度額が変わります。
(本紙4ページ参照)

1 請求書の提出について

請求書は2枚複写となっておりますので、1枚目(医療機関用)は控えとし、2枚目(市町村用)を国保連合会へ期日までに提出してください。

2 請求書の記入について (請求書裏面「記載要領」参照)

(上段)

- (1) 医療機関の名称欄内に電話番号を記入してください。
- (2) 請求書が2枚以上に渡るときは、2枚目以降は内訳書欄のみを記入し、上部請求欄は斜線を引いてください。ただし、医療機関コード及び医療機関の名称欄、請求年月日は、2枚目以降も記入してください。
- (3) 請求事務手数料は1件につき216円を乗じた金額を記入してください。
- (4) ※印〔決定〕欄は記入しないでください。

ア 在総

在医総管(在宅時医学総合管理料)又は在医総(在宅末期医療総合診療科)を算定した受給者については、レセプトに記載された(一部)負担金額を記入し、「在」に○印を付けてください。

イ 長期高額疾病

「健康保険特定疾病療養受療証」を提示した患者について、長期高額疾病高額療養費の支給があるときは、長期高額疾病の自己負担限度額(月1万円又は2万円まで)を記入し、「長」に○印を付けてください。

ウ 結核(公費【10】【11】)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律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を記入し、「結」に○印を付けてください。

なお、公費に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医療費から公費該当医療費を差し引いた医療費の3割又は2割相当額を合算し記載すること。

エ 精神（公費【20】 【21】）

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、又は、障害者総合支援法に基づく精神通院医療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を記入し、「精」に○印を付けてください。

なお、公費に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医療費から公費該当医療費を差し引いた医療費の3割又は2割相当額を合算し記載すること。

オ 更生（公費【15】）・育成（公費【16】）

障害者総合支援法に基づく更生医療・育成医療による公費負担（長期高額疾病に該当する疾病で、徴収金額が長期高額疾病の自己負担限度額（月1万円又は2万円）までのものに限り）があるときは、患者負担として請求する金額を記入し、「更」に○印を付けてください。

カ 療養介護（公費【24】）・障害児施設（公費【79】）

障害者総合支援法に基づく療養介護医療、又は、児童福祉法に基づく障害児施設医療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を記載し、金額の前に①・②を記入すること。

キ 上記ア～カに該当しない受給者

上記ア～カに該当しない前期高齢者（後期高齢者医療対象外の70歳以上の者、③）及び障老（後期高齢者医療被保険者、④）の受給者については、総医療費の1割又は3割相当額（自己負担限度額まで。食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く）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）で記入し、3割負担の受給者については、「2・3割」に○印を付けてください。

(下段)

(1) 診療年月日欄及び受給者番号・患者氏名欄は、記入例のとおり正確に記入してください。

なお、札幌市の受給者番号は下記のとおりとなっております。

《重度心身障がい者の場合》

(例)

0	5	4	7	0	3	1	A	4	5	6	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- 本市の受給者番号は7桁で、1桁目は必ず「0」又は「A」となります。
- 障老の場合も、重度心身障がい者の受給者番号を記入してください。

《ひとり親家庭等の場合》

(例)

(母親又は父親)

シ	2	4	7	0	3	1	ト	8	8	0	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(子ども)

チ	1	3	6	8	5	3	ト	9	8	0	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- 本市の受給者番号は7桁で、1桁目カタカナ、2桁目は母親の場合「2」又は「3」、父親の場合「8」、子の場合「1」、「5」、「6」又は「9」となります。

※ ご注意

受給者番号欄には受給者番号のみ記入し、市町村番号は記入しないでください。

(2) 入院・外来区分欄は、該当するものに○印を付けてください。

(3) 診療報酬請求総点数欄及び限度額欄は、下記のとおり記入してください。

① 7割・8割欄

下記以外で保険給付割合が7割及び8割の一般の受給者については、レセプトの総点数を記入すること。ただし②に該当する受給者は除く。

② 限度額欄

下記(4)以外で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は限度額欄に記入すること。なお、高額療養費の限度額に達した場合は限度額を、限度額に達しなかった場合は2割又は3割の自己負担額を記入すること。

(4) 請求金額欄は、下記のとおり記入してください。

① 前期高齢者欄

次のア～キに該当する、前期高齢者を含む障老以外の受給者の自己負担額を記入すること。

② 障老欄

次のア～キに該当する、障老受給者の自己負担額を記入すること。

- (5) 一部負担金欄は、初診時一部負担金として本人から領収した額又は、医療費の1割を1円単位まで記入し、「初」又は「課」に○印を付けてください。一部負担金が発生しない場合は金額は不要です。

ア 「初」の場合 ※

→ 初診時に一部負担金として

医科 580円 歯科 510円

※ 受給者が就学前（6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間）の場合、受給者証に「課」の表記があっても「初」としてご請求ください。

注）保険診療の自己負担額が初診時一部負担金に満たないときは、保険診療の自己負担額を領収（1円単位まで記入）

イ 「課」の場合

→ 医療費の1割（1円単位まで記入）又は限度額

※ 1レセプトごとの自己負担限度額

入院外 3,000円/月（院内処方の場合は6,000円）

入院 57,600円/月（多数回該当の場合は44,400円※）

※ 多数回該当とは、当月を含む過去12か月以内に自己負担限度額57,600円（平成29年7月診療分までは44,400円）となる月が3回以上あった場合、4回目から適用される自己負担限度額です。

※ 平成29年7月以前の入院の場合は44,400円です。

3 その他

- (1) 重度心身障がい者のうち精神障がいのある方は、外来に係る医療費のみ、また、ひとり親家庭の母親又は父親は、入院に係る医療費のみを助成しております。
- (2) 請求書は読みやすい字でご記入くださいますようお願いいたします。特にカタカナの「シ」「ミ」「チ」「テ」、数字の「4」は判読できない場合がありますのでご注意ください。
- (3) ご請求の内容について、電話により照会させていただくことがありますので、請求書には電話番号のご記入をお願いいたします。

上記の詳しい内容は札幌市の医療助成のホームページでもご覧いただけます。

札幌市 - 医療助成のホームページ

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

請求書の記載方法についてのお問い合わせ及び請求書用紙のご注文は下記までお願いいたします。

〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目

札幌市役所 保健福祉局 保険医療部 保険企画課 医療助成係

TEL 011-211-2960（直通）

重度心身障がい者医療費請求書 (医療機関用)

記入例

平成 29 年 8 月分下記のとおり請求する

平成 29 年 9 月 10 日

医療機関コード

0110533

札幌市 市町村長様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
☎ 211-2960

札幌市中央区北△条西△丁目
△ △ 医院
△ △ △ △

※記載要領裏面

事務手数料は、
1件につき216円

前期高齢者の請求及び
障老以外の在籍、長期高
額疾病、結核、精神、更
生育成の請求金額の合計
を記入すること。

障老の請求金額の合計を
記入すること。

障初 老初
初診時一部負担金とし
て、領収した金額を記入
し「初」に○印を付ける。
医 科 580円
歯 科 510円

障障 老障
一部負担金として医療
費の1割を1円単位まで
記入し「障」に○印を付
けること。
通院については、
3,000円(院内処方6,000
円)を限度とし、入院については、
57,600円を限度とする。
※多数回該当の場合は、
44,400円を限度とする。

障考 受給者の請求額
高確法の一部負担金相
当額を記入すること。
●通院
1割又は2・3割の金
額(自己負担限度額まで)
を1円単位で記入。
●入院
レセプトに記載された
(一部)負担金額を記入。

障老の在籍、長期高額
疾病、結核、精神、更生
育成の請求額

障老以外の在籍、長期
高額疾病、結核、精神、
更生育成の請求額

長期高額疾病療養の場
合は、患者負担額(限度
額1万円又は2万円)を
記入すること(総点数は
記入しないこと)。

区分	保険 給付	件数	診療報酬請求総点数(レセ プトの総点数)及び限度額等	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(レセ プトの総点数)及び限度額等	一部負担金
請 求	(71) 7割	2件	27,607点	1,537円	432円	※ 決 定	件	点	円
	(71) 8割								
	(71) 限度額	3	192,830円	83,180	648				
	(72) 前期高齢者	2	11,251点	3,000	432				
	(73) 障老	3	31,607点	8,615	648				

(内 訳 書)

診 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)及び限度額			請求金額(2・3割負担・在籍・長期高 額疾病・結核・精神・更生育成)		一 部 負 担 金	備 考	
	患者氏名	患者氏名		(71) 7割	(71) 8割	(71) 限度額	(72) 前期高齢者	(73) 障老			
29年8月	0205702	札幌太郎	入	1,537点			2,3割・在・長・結・精・更	1,537円	初		
29年8月	0400900	乙山春男	入	26,070点			2,3割・在・長・結・精・更		初		
29年8月	0400936	北海道子	入				2,3割・在・長・結・精・更	14,000円	初		
29年8月	0509889	甲野一郎	入				2,3割・在・長・結・精・更	16,850円	初		
29年8月	0315120	丙川夏子	入				2,3割・在・長・結・精・更	757円	初		
29年8月	0917087	丁田秋雄	入				2,3割・在・長・結・精・更	1,251円	初		
29年8月	0902104	冬野甲太	入				2,3割・在・長・結・精・更	10,000円	初		
29年8月	0232020	平成華子	入			82,430円	2,3割・在・長・結・精・更	57,600円	初		
29年8月	0712392	昭和新三	入			35,400円	2,3割・在・長・結・精・更	580円	初		
29年7月	A529420	大正冬彦	入			75,000円	2,3割・在・長・結・精・更	25,000円	初		
小計				27,607点		192,830円		11,251円	31,607円	96,332円	

精神医療の場合は、精神医療
の自己負担額を記入すること。
(総点数1,251点)

(72)前期高齢者と(73)障老欄に該当しない受給者が、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場合は、(71)限度額欄に記入すること。な
お、高額療養費の限度額に達した場合は限度額を、達しなかった場合は2割又は3割
の自己負担額を記入する。

ひとり親家庭等医療費請求書 (医療機関用)

記入例

平成 29 年 8 月分下記のとおり請求する

平成 29 年 9 月 10 日

医療機関コード

0110533

札幌市町村長様

医療機関等の所在地及び名称
札幌市中央区北△条西△丁目
△ △ 医院
開設者氏名 △ △ △ △ 印
☎ 211-2960

※記載要領裏面

事務手数料は、1件につき216円

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	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(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金
請求	(75) 7割	2件	81,892点	81,012円	432円	※決定			
	(75) 8割	1	38,410点	580円	216円				
	(75) 限度額	5	345,259円	91,313円	1,080円				
	(77) 長期高額	1	10,000円	3,000円	216円				
	結・精	1	1,251点	0円	216円				

負担割合ごとに請求点数の合計を記入する。

(内訳書)

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)及び限度額			請求金額		一部負担金	備考
	患者氏名	子		7割	8割	限度額	長期高額疾病	結核・精神		
29年8月	札幌 雷雄	チ852626	入	58,480点					初診	
29年8月	昭和 梅江	キ255041	入		38,410点				初診	
29年8月	甲野 花子	テ174549	入	23,412点					初診	
29年8月	冬村 春英	ア188554	入				10,000円		初診	
29年8月	平成 竹彦	シ579973	入						初診	
29年8月	夏原 葉月	ミ513216	入			83,430円			初診	
29年8月	秋川 長介	ト513216	入			81,430円			初診	
29年8月	春口 弥生	ミ336466	入			35,400円			初診	
29年8月	市藤 金次	ニ136787	入			9,999円			初診	
29年7月	松木 銀子	テ245674	入			135,000円			初診	
小計				81,892点	38,410点	345,259円	10,000円	1,251円		175,905円

初診
初診時一部負担金として、領収した金額を記入し「初」に○印を付ける。
医科 580円
歯科 510円

一部負担金
一部負担金として医療費の1割を1円単位まで記入し「部」に○印を付けること。
通院については、3,000円(院内処方6,000円)を限度とし、入院については、57,600円を限度とする。
※多数回該当の場合は、44,400円を限度とする。

長期高額疾病
長期高額疾病療養の場合は、患者負担額(限度額1万円又は2万円)を記入すること(総点数は記入しないこと)。

精神医療
精神医療の場合は、精神医療の自己負担額を記入すること。(総点数1,251点)

(77) 長期高額疾病・結核・精神欄に該当しない受給者が、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場合は、(75) 限度額欄に記入すること。なお、高額療養費の限度額に達した場合は限度額を、達しなかった場合は2割又は3割の自己負担額を記入する。