

札 保 険 第 2489 号
平成 29 年 (2017 年) 11 月 17 日

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）の制度改正に伴う協力のお願い

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。

このたび、本市では「札幌市子ども医療費助成」及び「札幌市重度心身障がい者及びひとり親家庭等医療費助成」について、下記のとおり助成の内容を変更します。

つきましては、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 30 年 4 月診療分から

2 対象者

札幌市子ども医療費助成、札幌市重度心身障がい者医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成を受給している小学 1 年生（6 歳に達する日後最初の 4 月 1 日から 7 歳に達する日以後最初の 3 月 31 日までの間にある者）。

3 変更内容

(1) 子ども医療費助成

変更前

診療内容	住民税課税状況	自己負担額
通院医療費	非課税、課税	助成対象外
入院医療費	非課税	初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円
	課税	医療費の 1 割 (限度額 57,600 円/月(多数回該当時 44,400 円/月))

変更後

診療内容	住民税課税状況	自己負担額
通院医療費	非課税、課税	初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円
入院医療費	非課税、課税	初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円

(2) 重度心身障がい者及びひとり親家庭等医療費助成

変更前

診療内容	住民税課税状況	自己負担額	受給者証 負担区分
通院医療費	非課税	初診時一部負担金 医科580円 歯科510円	障初、親初
	課税	医療費の1割 (限度額3,000円/月 (院内処方 の場合は6,000円/月))	障課、親課
入院医療費	非課税	初診時一部負担金 医科580円 歯科510円	障初、親初
	課税	医療費の1割 (限度額57,600円/月 (多数回該当時44,400円/月))	障課、親課

変更後

診療内容	住民税課税状況	自己負担額	受給者証 負担区分
通院医療費	非課税、課税	初診時一部負担金 医科580円 歯科510円	障初、親初
入院医療費	非課税、課税	初診時一部負担金 医科580円 歯科510円	障初、親初

4 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
- ・札幌市医療費助成制度改正ポスター

【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月診療分から小中学生入院の自己負担限度額が変わりました。
平成30年4月診療分から小学1年生の通院医療費を助成します。
(本紙1ページ参照)

1. 子ども医療費の助成対象及び一部負担金(平成30年4月診療分からの内容)

	証の色	助成対象	助成範囲 <small>注3</small>	一部負担金の区分 (証左上に表示)	一部負担金
小学1年生 まで <small>注1</small>	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2年生 ～ 中学生 <small>注2</small>	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。

注1) 0歳～7歳に達する日以後の最初の3月31日までの間

注2) 7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。

制度の詳細内容は札幌市・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>

その他、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

請求印を押してください

平成 30年 4月分を下記 (別紙明細書) のとおり請求します
 平成 30年 5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。

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。

(あて先) 札幌市長

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)

医療機関コード
 0123456

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	1 1,036	3,108	1	580	2,528	216	2,744
		2割	2 1,403	2,806	3	1,740	1,066	648	1,714
	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		10 434,131	558,661	6	110,332	448,329	2,376	450,705	

必ず記載してください。

平成30年4月以降に小学1年生が受診した場合にご記入ください。※6歳の未就学児童の場合は2割の欄にご記入ください。

※正確に読み取れるよう、楷書で記入してください。

〔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、(G)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

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3割・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。(平成30年4月診療分から通院3割の欄をお使いいただけます。)
総点数	・明細書の点数を通院の3割・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	・通院の3割・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3割・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

医療機関コードは、すべてのページに記載してください。

②医療機関

0123456

子ども医療費請求明細書

(札幌市提出用)

平成30年4月以降に小学1年生が受診した場合は「6」に○をつけてください。※6歳の未就学児童の場合は「7」に○をつけてください。

診療科名 小児科

⑤ 診療年月	④ 受給者番号	③ 患者氏名	② 医療機関コード	① 記号番号	⑧ 3割6割7	⑨ 3割8割9	⑩ K	⑪ 初診回数	⑫ 一部負担金	⑬ 入院日数	⑭ 診療点数	⑮ 高額療養費限度額
30 4 1 7 0 6 - 0 3 0 3	北-1	札幌 太郎	01010016	9876543・21	⑧ 7	8・9	K	1	580 円		1,036 点	
30 4 3 8 0 9 - 0 9 2 1		札幌 花子	01010016	9876543・21	6 ⑦	8・9	⑩				20,000 点	35,400 円
30 4 1 9 0 7 - 3 2 7 4		香川 まみ	014019	国札子101-1001	6 ⑦	8・9	K	1	580 円		503 点	
30 4 K 0 0 2 - 2 4 9 2		乙山 昭夫	06135687	87336510	6・7	⑧ 9	K	1	680 円	10 日	7,318 点	
30 4 M 2 1 1 - 0 3 5 4		秋河 楓	05132345	2005-1003	6・7	⑧ 9	K		4,852 円	6 日	4,852 点	
30 4 3 0 0 4 - 1 6 5 8		町田 晴海	01130012	1234567・890	6・7	8 ⑨	⑩	1	580 円	30 日	237,609 点	35,400 円
30 4 1 9 1 2 - 0 5 6 7		冬野 美太	01270016	7882112・2	6・7	8 ⑨	K			5 日	40,302 点	
30 4 K 0 0 1 - 2 8 7 5		甲田 次郎	01010016	50000001 123456	6・7	⑧ 9	K		57,600 円	25 日	63,547 点	
30 4 3 0 0 3 - 8 5 6 3		丙谷 高峰	014019	国札子202-3003	6 ⑦	8・9	K	2	1,160 円		900 点	
30 4 M 7 0 7 - 2 3 7 5		夏山 美波	32101316	1・987654	6・7	⑧ 9	K		44,400 円	22 日	58,064 点	
※正確に読み取れるよう、楷書で記入してください。								6 回	110,332 円		434,131 点	70,800 円

※明細書作成に 1 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。 2 ついてのお願い 3 ⑥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。 4 ⑦一部負担金の欄は初診時一部負担金の額または養育費の1割の額(子初)をお持ちの方は限度額57,600円(多数該当時44,400円)を記入してください。 5 ⑧入院日数の欄は入院した日数を記入してください。 6 限度額適用認定証又は高額療養費適用・標準負担額減額認定証を提示し、高額療養費が生じた方は、⑩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。 7 この場合、⑧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。 8 多数該当の場合は44,400円と記入してください。

記入欄の説明

- 医療機関コード
- 診療科名
- 診療年月
- 受給者番号
- 保険者番号
- 通院・入院区分

- ・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。
- ・診療科を記入してください。
- ・月遅れの請求でも実際の診療月を記入してください。
- ・8桁の受給者番号を記入してください。
- ・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。
- ・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30年4月以降に小学1年生が受診した場合に○をつけてください。6歳の未就学児童の場合は「7」に○をつけてください。
 - 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6~9のいずれかとKの両方に○をつけてください)

(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。

初診回数

0歳~小学1年生 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

【0歳~小学1年生のお子さん】※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2年生~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57,600円/月(多数該当の場合は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、⑩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。
※⑦診療点数も記載してください。(注)★参照