

《医療機関（医科）の皆様へ》

上川町子ども医療費請求方法の変更（レセプト併用請求）について

上川町への子ども医療費請求方法につきまして、平成 30 年 4 月診療分から次のとおり変更いたしますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

なお、平成 30 年 3 月診療分までは、従来通り上川町への直接請求としますので、請求漏れなどがないようご確認の上、4 月 13 日までに請求書の送付をお願いいたします。

■■ お問い合わせ先 ■■

上川町 保健福祉課 医療給付グループ

〒078-1753 上川郡上川町南町180番地

TEL：01658-2-4053（直通）

FAX：01658-2-1220

HP：<http://www.town.hokkaido-kamikawa.lg.jp/>**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	高校修了前の子ども
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（証の色）	有（白）
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。

○重度心身障害 または ひとり親家庭の子ども（小学生・中学生・高校生）は・・・

- ・ 重度心身障害の子ども⇒【障初】の重度心身障害者医療費受給者証（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（クリーム色）
- 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。

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》

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> 子ども医療費受給者証			
公費負担者番	90011248	受給者番号	5000000
	91011247		
	92011246		
受給者	住所	北海道上川郡上川町南町 180 番地	
	氏名	カミカワ タロウ 上川 太郎	男
	生年月日	2018 年 8 月 1 日	
有効期間	2018 年 8 月 1 日 から 2037 年 3 月 31 日 まで		
一部負担金の割合	自己負担分全額助成		
発行機関名及び印	北海道上川郡 上川町長		
交付年月日	2018 年 8 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ありません（ただし、保険適用外を除く）。
2. 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。
3. 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。
4. 氏名、居住地に変更があったときは、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。
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、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. 有効期限を超過したときは、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。
8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

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. 受給者の窓口負担は発生しません。窓口負担分は上川町が負担します（ただし、保険適用外を除く）。
2. 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。
医療保険の請求点数は保険欄に記載し、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。
3. 小学生の入院外と中学生と高校生においては、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、公費①の一部負担金の記載については不要です。

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. 受給者の窓口負担は発生しません。窓口負担分は上川町が負担します（ただし、保険適用外を除く）。
2. 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。
医療保険の請求点数は保険欄に記載し、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。
3. 小学生の入院外と中学生と高校生においては、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、公費①の一部負担金の記載については不要です。

3. 医療機関様から上川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。

【上川町の子ども医療費における公費番号】

「90.01.1248」・「91.01.1247」・「92.01.1246」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」
⇒ 「90.01.1248」・「91.01.1247」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」と「高校生の入通院医療費」
⇒ 「92.01.1246」

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上川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 ⇒ 上川町 ・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

▼上川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	90.01.1248	医療保険と「90」と「91」で請求	公費①の「一部負担金額欄」に「580円」を記載（受給者の窓口負担は無し）。
		91.01.1247		
小学生	入院	90.01.1248	医療保険と「92」で請求	記載無し。
	外来	92.01.1246		
中学生	入院・外来共通	92.01.1246		
高学生	入院・外来共通	92.01.1246		

▼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 (医科入院外)		都道府県番号	医療機関コード	診療科										保険者番号		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	
平成〇〇年4月分		01	01.29.1000.1	1	1	3	1	2	2	4	8	10	9	8	7 ()		
公費負担者番号①	90011248	公費負担者家の受給者番号①	50000000	1	1	2	4	7	上川 〇〇〇〇								
公費負担者番号②	91011247	公費負担者家の受給者番号②	50000000														

・3歳未満の子どもなので、「医療保険」、「90」、「91」の併用で請求してください。

【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 ⇒ 上川町が負担

医療費は審査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、上川町が負担しますので、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。

請求の区分	請求点	※ 次 定 点	一部負担金額	円
	公費①	2,000		580
公費②				円
※ 高額医療費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点				

比布町子ども医療費助成制度について

平成30年4月版

平成30年4月診療分から、請求について次の通り変更いたしますので
事務取扱につきまして、よろしくお取り計らい願います。

なお、平成30年3月診療分までは、従来通り比布町への直接請求としますので、
4月13日までに請求書の送付をお願いいたします。

また、請求漏れなどがないように確認いただけますよう、お願いいたします。

■■ 内容に関するお問い合わせ先 ■■

比布町 保健福祉課 国保医療係

〒078-0392 上川郡比布町北町1丁目2番1号

TEL：0166-85-4804（直通）

FAX：0166-85-2389

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。

○重度心身障がい または ひとり親家庭の子ども（小・中学生）は・・・

- ・重度心身障がいの子ども⇒【障初】の重度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。

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》

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin-right: 5px;">子初</div> 子ども医療費受給者証			
公費負担者番号	90011222 91011221 92011220	受給者番号	1234567
子ども	住所地	北海道上川郡比布町東町1丁目3番2号	
	氏名	ビップ タロウ 比布 太郎	性別 男
	生年月日	平成 24 年 8 月 1 日	
有効期間	平成 30 年 4 月 1 日 から 平成 31 年 4 月 30 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 比布町長		
交付年月日	平成 30 年 4 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へ提出してください。
3. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を比布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、この証を添えて比布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日以内に比布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、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。窓口負担分は比布町が負担します。(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。窓口負担分は比布町が負担します。(ただし、保険適用外を除く。)

3. 医療機関様から比布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。

【比布町の子ども医療費における公費番号】

「90.01.1222」・「91.01.1221」・「92.01.1220」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」
⇒「90.01.1222」・「91.01.1221」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」
⇒「92.01.1220」

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比布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 ⇒ 比布町 ・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

平成 30 年 4 月 1 日

鷹栖町

子ども医療費助成金請求の取扱いについて

鷹栖町では「子ども医療費助成事業」として、中学生(15歳に到達する年度末)までのお子さんの医療費自己負担分の全額を助成しています。制度の概要と助成金請求の取扱いは次のとおりです。

ご不明な点がございましたら、担当へご連絡をお願いします。

■■内容に関するお問い合わせ先■■

〒071-1292 鷹栖町南1条3丁目5番1号

鷹栖町役場 町民課医療年金係

TEL0166-87-2111

FAX0166-87-2196

1. 未就学児への助成 (子ども医療費受給者証を所持する方～現物給付)

未就学の受給者が保険医療機関等を受診する際、鷹栖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。

受給者証の区分	対象者	医療機関で徴収をする額
乳初	未就学児	①保険適用外診療による 自己負担分
乳課	6歳に到達する年度末まで (所得制限あり※)	②標準負担額

※所得基準額を超過している方は、受給者証を交付していませんので、小・中学生と同様の扱いになります。

2. 受給者証について

【受給者証例】

《表面》

乳課		子ども医療費受給者証	
公費負担者番号	90011198 91011197	受給者番号	1202016
子ども住所	北海道上川郡鷹栖町南一条3丁目5番1号		
氏名	鷹栖 太郎	性別	男
生年月日	平成27年 6月25日		
有効期限	平成29年 8月 1日 から 平成30年 7月31日 まで <small>【平成30年 6月末までは乳初 扱い】</small>		
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 鷹栖町長	公印	
交付年月日	平成29年 8月 1日		

受給者証区分が記載されています。**乳初**、**乳課**ともに患者窓口負担はありません。

公費負担番号と受給者番号が記載されています。

有効期間内に3歳になる人は誕生日月末に**乳初**から**乳課**に変わる場合があります。
 そのような方は、右上の区分はすべて**乳課**で証を出し、誕生月末まで乳初である記載をしますので請求の際はご注意ください。

3. 医療機関様から鷹栖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。

【鷹栖町の子ども医療費における公費番号】

「90.01.1198」・「91.01.1197」の2種類ですが、請求の際の公費番号の組み合わせは次のとおりとなります。

○乳初の場合

①「90.01.1198」・②「91.01.1197」の併用

【初診料算定時】

⇒公費①の「一部負担金」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。月中に初診料が複数回ある場合は初診時一部負担金×回数の金額、初診日の2割の金額が580円（歯科なら510円）に満たない場合は2割の金額（1円単位）を記載してください。

ただし受信者の窓口負担はありません。

【再診月】

⇒負担金の記載はございません。

○乳課の場合

①「90.01.1198」・②「91.01.1197」の併用

⇒公費①の「一部負担金」欄に医療費の1割の金額（1円単位）を記載してください。

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。

☆☆ 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鷹栖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。（事務手数料と合わせて請求してください。）

4. 小・中学生への助成（受給者証なし～償還払い）

小・中学生は償還払いによる助成のため、受給者証を所持していません。医療機関等による対応は発生しませんので、従前通り、自己負担3割として患者本人に対する請求をお願いします。

▼鷹栖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	受給者証区分	一部負担金	使用する公費番号	請求形態	①負担金の記載
乳幼児 (0歳～小学校 入学前)	乳初	なし	【初診料算定時】 ①90.01.1198 ②91.01.1197	医療保険と 「90」「91」 で請求	公費①の一部負担 金額に一部負担金 の金額(医科580 円、歯科510円) を記載してください
			【再診月】 ①90.01.1198 ②91.01.1197	医療保険と 「90」「91」 で請求	記載なし
	乳課	なし	①90.01.1198 ②91.01.1197	医療保険と 「90」「91」 で請求	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
小・中学生 乳幼児所得超過者	証なし	3割	-	患者本人から 窓口請求	-

▼レセプトの記載例①

受診者 : 乳初 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

調剤報酬明細書

都道府 医療機関コード
県番号

平成〇〇年4月分 01 0129.1000.1

1	1 社団	3 後期	1 単診	2 本外	8 高外9
手取	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	

公費負担番号①	9 0 0 1 1 1 9 8	公費負担医療の受給者番号①	4 2 0 4 0 1 2	保険者番号	0 1 1 1 9 7	10 9 8
公費負担番号②	9 1 0 1 1 1 1 7	公費負担医療の受給者番号②	4 2 0 4 0 1 2	被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	鷹栖町 〇〇〇〇	

・乳初の乳幼児で初診があるため、「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 ⇒ 鷹栖町が負担

医療費は審査機関から支払われます。

※初診があるので、公費①欄に一部負担金額を記載しますが、鷹栖町が負担をしていますので、受給者からは徴収しないでください。なお、公費②欄には負担金額を記載する必要はありません。また調剤薬局では初診料の算定は無く、初診時一部負担金は発生しないので、「一部負担金」欄は記載する必要はありません。

保険	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	薬剤基本料 点	時間外等加算 点	薬剤管理料 点
	2,000					
公費①	※ 点	点	580 円	点	点	点
公費②	※ 点	点		点	点	点

▼レセプトの記載例②

受診者：乳課 4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

調剤報酬明細書

都道府県 医療機関コード
 県番号

平成〇〇年4月分 01 012910001

1	1 社員	3 初期	1 単独	2 本外	8 異外9
2	2 公費	4 道職	2 2併	4 三外	0 異外7
3			3 3併	6 家外	

公費負担者番号①	9	0	0	1	1	1	9	8	公費負担者の生年月日	4	2	0	4	0	1	2
公費負担者番号②	9	1	0	1	1	1	7		公費負担者の生年月日	4	2	0	4	0	1	2

保険者番号 0 1 1 1 9 7

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 鷹栖町 〇〇〇〇

・乳課の乳幼児であるため、「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 ⇒ 鷹栖町が負担

医療費は審査機関から支払われます。

※乳課の乳幼児であるため、公費欄に医療費の1割の金額(1円単位)を記載しますが、鷹栖町が負担をしておりますので、受給者からは徴収しないでください。なお、公費②欄には負担金額を記載する必要はありません。

調剤薬局も記載が必要です。

請求	請求点	決定点	一部負担金額 円	調剤基本料 点	時間外等加算点	薬剤管理料 点
	2,000					
			減額 割(内)免除-支払額等			
公費①			2,000			
公費②						