医療機関向けマニュアル

旭川市重度心身障害者医療費助成に係る医療費の請求方法

（医科・歯科・調剤）

旭川市福祉保険部国民健康保険課

平成 30 年 8 月版

目　次

○　重度心身障害者医療費助成制度　・・・・・・・・・・・・・・・・・　1

○　レセプト請求　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　2

○　レセプト作成について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　3

○　レセプト記入例　（医科入院外）　・・・・・・・・・・・・・・・　5
（医科入院）　・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１
（歯科）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１５
（調剤）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２１

重度心身障害者医療費助成制度

助成の対象者及び助成範囲，患者窓口負担額（注２，３を除く），制度内容に変更はありません。

１　助成の対象者

障害等級が，以下ア～エのいずれかに該当すること。

ア　身体障害者手帳１級，２級，３級（３級は心臓，腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、肝臓、免疫の機能障害に限る）の方

イ　療育手帳「Ａ」判定の方

ウ　精神科医に所定の様式で「重度の知的障害」と診断された方

エ　精神障害者保健福祉手帳１級の方（※入院医療は助成対象外）

（所得制限あり）

２　助成の対象範囲

通院（調剤含む）・入院 及び 指定訪問看護

ただし，精神障害者保健福祉手帳１級の方は，入院医療は助成対象外

３　患者窓口負担額

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">年齢区分</td><td colspan="3">65歳未満</td><td colspan="2" rowspan="2">65歳以上</td></tr>
<tr><td>3歳未満</td><td colspan="2">3歳以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯の市民税課税状況</td><td>－</td><td>非課税世帯</td><td>課税世帯</td><td>非課税世帯</td><td>課税世帯</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証の表示</td><td colspan="2">障初</td><td>障課</td><td>老初</td><td>老課</td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象区分</td><td>通院
（調剤含む）</td><td colspan="2" rowspan="2">患者負担なし</td><td rowspan="2">総医療費の１割負担
※初診時一部負担金の助成あり（注1）
※月額上限額あり（注2）</td><td rowspan="2">患者負担なし</td><td rowspan="2">総医療費の１割負担
※初診時一部負担金の助成あり（注1）
※月額上限額あり（注2）</td></tr>
<tr><td>入院</td></tr>
<tr><td>指定訪問看護</td><td colspan="5">訪問看護療養費の１割
※月額上限額あり（注3）</td></tr>
</table>

注１　医科 580 円，歯科 510 円

注２　通院 18,000 円（8 月から翌 7 月までの 1 年間の通院のみ上限額 144,000 円）

入院 57,600 円（12 か月で 3 回以上月額上限額に該当した場合は 4 回目以降 44,400 円）

注３　非課税世帯 8,000 円，課税世帯 18,000 円

レセプト請求

旭川市重度心身障害者医療費助成の公費負担者番号の種類

45010048（北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成）

46010047（上記のうち初診時一部負担金助成）

公費負担者番号と受給者番号が記載されています。

〈 受 給 者 証 （ 見 本 ）〉

負担区分を記載されています。

＊初 の場合患者窓口負担はありません。

＊課 の場合総医療費の１割負担（初診の場合は１割から初診時一部負担金を除いた額）

（月限度額　通院 18,000 円　入院 57,600 円）

ただし,有効期間内に３歳になる人は, 障初 から 障課 へ変わる場合, 障課 の記載となります。それぞれの有効期間に注意してください。

＊は,「障」または「老」の表示

障課　重度心身障害者医療費受給者証

公費負担者番号	45010048	北海道医療給付事業	
	46010047	北海道医療給付事業の初診時一部負担金助成	
受給者番号	0941203		
受給者 住所	7条通10丁目 第二庁舎5階		
受給者 フリガナ 氏名	アサヒカワ タロウ 旭川 太郎		
受給者 生年月日	平成 27年 12月 15日	性別	男
有効期間 一部負担金の割合	無	平成 30年 8月 1日 から 平成 30年 12月 31日 まで	
	1割	平成 31年 1月 1日 から 平成 31年 7月 31日 まで	
発行機関名及び印並びに交付年月日	北海道旭川市長 旭川市長之印 平成 30年 7月 24日		

レセプトに公費負担者番号と受給者番号を記載

レセプト作成について（重度心身障害者医療費助成）

◎レセプト作成早見表

<table>
<tr><th>初再診</th><th>受給者証区分</th><th>一部負担金</th><th>レセプト公費①②の公費負担者番号</th><th>レセプト請求形態</th><th>レセプト公費①②一部負担金の記載</th><th>記載例</th></tr>
<tr><td rowspan="2">初診</td><td>障初
・
老初</td><td>なし</td><td rowspan="2">①４５０１００４８
②４６０１００４７</td><td rowspan="2">３者併用</td><td><公費①>
初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）
<公費②>
記載なし</td><td>医科①⑤
歯科①</td></tr>
<tr><td>障課
・
老課</td><td>総医療費の１割相当額から初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を除いた額

月額上限額
通院 18,000 円
入院 57,600 円</td><td><公費①>
総医療費の１割
（1 円単位）
<公費②>
総医療費の１割から初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を除いた額（1 円単位）</td><td>医科③⑦
歯科③</td></tr>
<tr><td rowspan="2">再診</td><td>障初
・
老初</td><td>なし</td><td rowspan="2">①４５０１００４８</td><td rowspan="2">２者併用</td><td><公費①>
記載なし</td><td>医科②⑥
歯科②
調剤①</td></tr>
<tr><td>障課
・
老課</td><td>総医療費の1割相当額

月額上限額
通院 18,000 円
入院 57,600 円</td><td><公費①>
総医療費の１割
（1 円単位）</td><td>医科④⑧
歯科④
調剤②</td></tr>
</table>

※ 調剤は「再診」と同様

北海道と旭川市の医療費助成内容（公費負担者番号４５，４６の助成内容）

<table>
<tr><th rowspan="2">区　分</th><th rowspan="2">助成対象</th><th colspan="2">患者窓口負担</th></tr>
<tr><th>市民税課税世帯（3 歳以上）</th><th>３歳未満及び市民税非課税世帯</th></tr>
<tr><td>45 北海道医療給付事業の基準</td><td rowspan="2">通院・入院</td><td>総医療費の１割（月額上限あり）</td><td>初診時一部負担金
（医科 580 円 歯科 510 円）</td></tr>
<tr><td>46 上記のうち初診時一部負担金助成
（旭川市独自助成）</td><td>総医療費の１割のうち初診時一部負担金（医科 580 円歯科 510 円）を助成</td><td>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</td></tr>
</table>

【留意事項】

障初 の表示がある受給者

1　初診料が算定された場合は，医療保険・公費①「４５」・公費②「４６」の３者併用で作成し，公費①の一部負担金欄には初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を記載してください。公費②の一部負担金欄には記載の必要はありません。

2　再診月の場合は，初診時一部負担金が発生しないので，医療保険・公費①「４５」の２者併用で作成してください。

障課 の表示がある受給者

1　初診料が算定された場合は，医療保険・公費①「４５」・公費②「４６」の３者併用で作成し，公費①の一部負担金額欄には総医療費の１割の金額（1 円単位）を記載してください。公費②の一部負担金欄には総医療費の１割から初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を除いた残りの金額（1 円単位）を記載してください。

2　再診月の場合は医療保険・公費①「４５」の２者併用で作成し，公費①の一部負担金欄には総医療費の１割の金額（１円単位）を記載してください。

3　月の患者負担限度額は，通院 18,000 円，入院 57,600 円です。

4　受給者証の有効年月日内に３歳になる方も 障課 の表示をしています。誕生月（1 日生まれは前月）の末日までは，障初 の取扱いとなりますので，ご留意ください。

障初 障課 の表示がある受給者（共通事項）

レセプト提出先

北海道国民健康保険団体連合会　…　市町村国民健康保険，国民健康保険組合

社会保険診療報酬支払基金北海道支部　…　被用者保険

老初 老課 の表示がある受給者（共通事項）

レセプト提出先

北海道国民健康保険団体連合会　…　後期高齢者医療制度

全表示共通事項

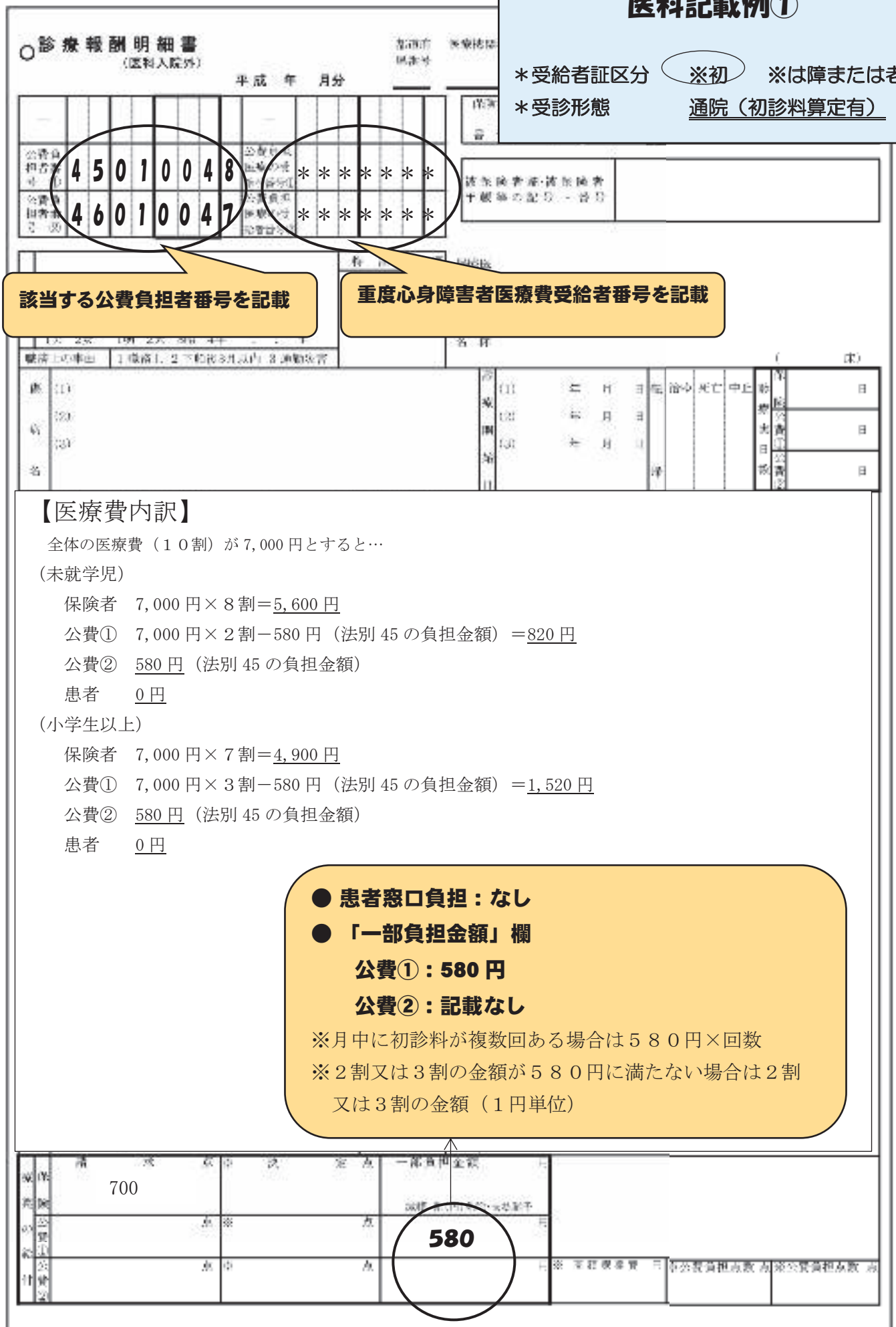
平成３０年 7 月診療以前分について

従前とおり「重度心身障害者医療費助成金請求書」を使用し，北海道国民健康保険団体連合会へ一括で送付してください。

医科記載例①

＊受給者証区分　※初　※は障または老

＊受診形態　通院（初診料算定有）



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

（未就学児）

保険者　7,000 円×８割＝5,600 円

公費①　7,000 円×２割－580 円（法別 45 の負担金額）＝820 円

公費②　580 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

（小学生以上）

保険者　7,000 円×７割＝4,900 円

公費①　7,000 円×３割－580 円（法別 45 の負担金額）＝1,520 円

公費②　580 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

● **患者窓口負担：なし**

● **「一部負担金額」欄**

公費①：580 円

公費②：記載なし

※月中に初診料が複数回ある場合は５８０円×回数

※２割又は３割の金額が５８０円に満たない場合は２割又は３割の金額（１円単位）

医科記載例②

＊受給者証区分　※初　※は障または者
＊受診形態　通院（再診月）
（初診料算定無）

○診療報酬明細書
（医科入院外）

平成　年　月分

公費負担者番号 ① 4 5 0 1 0 0 4 8

公費負担者番号 ②

＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

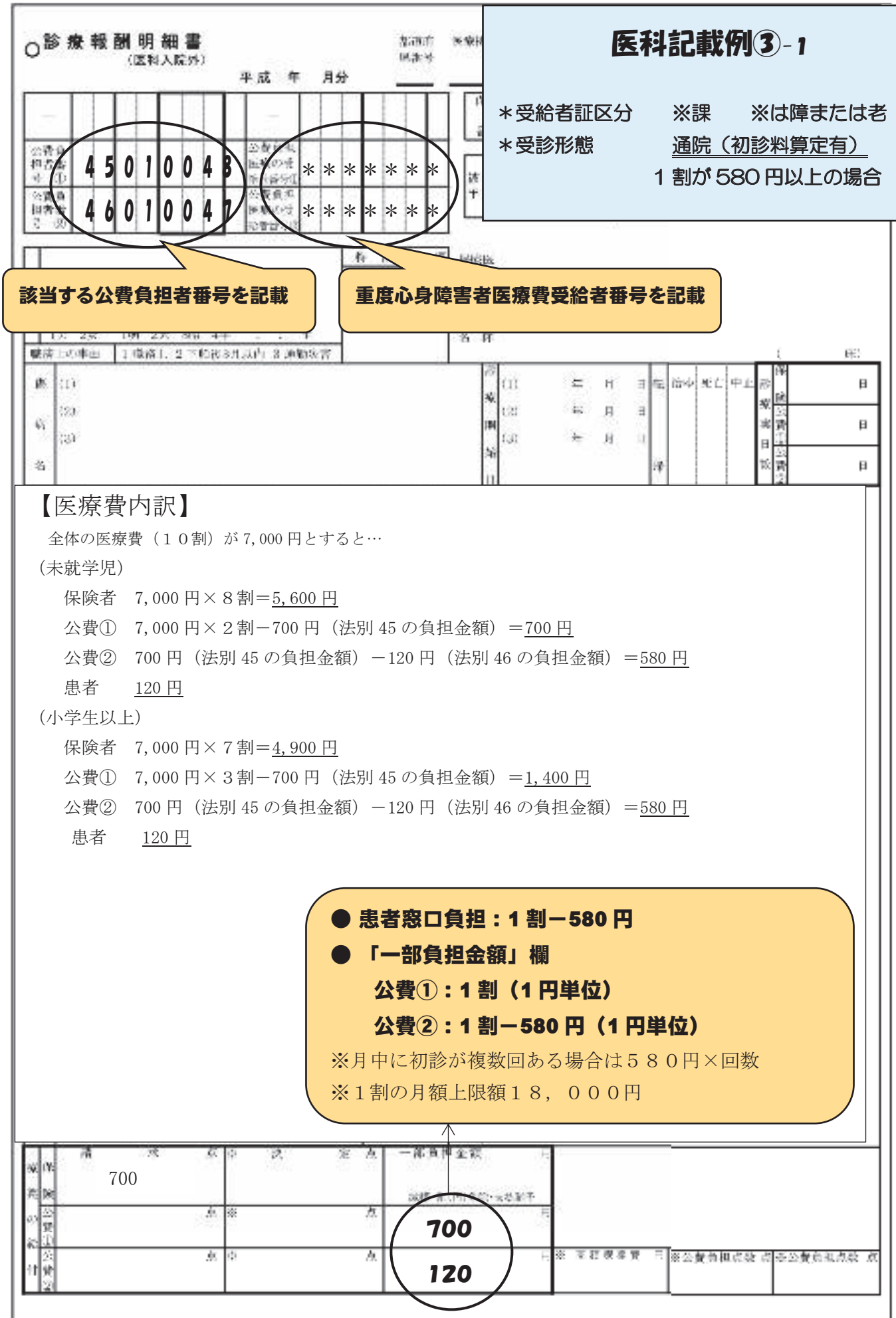
	（未就学児）	（小学生以上）
保険者	7,000 円×８割＝5,600 円	7,000 円×７割＝4,900 円
公費	7,000 円×２割＝1,400 円	7,000 円×３割＝2,100 円
患者	０円	０円

● 患者窓口負担：なし
● 「一部負担金額」欄：記載なし

	請求点	審査決定点	一部負担金額
保険	700		
公費①			
公費②			

医科記載例③-1

＊受給者証区分　※課　※は障または老
＊受診形態　通院（初診料算定有）
1 割が 580 円以上の場合



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

（未就学児）

保険者　7,000 円×８割＝5,600 円

公費①　7,000 円×２割－700 円（法別 45 の負担金額）＝700 円

公費②　700 円（法別 45 の負担金額）－120 円（法別 46 の負担金額）＝580 円

患者　120 円

（小学生以上）

保険者　7,000 円×７割＝4,900 円

公費①　7,000 円×３割－700 円（法別 45 の負担金額）＝1,400 円

公費②　700 円（法別 45 の負担金額）－120 円（法別 46 の負担金額）＝580 円

患者　120 円

- **患者窓口負担：1 割－580 円**
- **「一部負担金額」欄**
  - **公費①：1 割（1 円単位）**
  - **公費②：1 割－580 円（1 円単位）**

※月中に初診が複数回ある場合は５８０円×回数

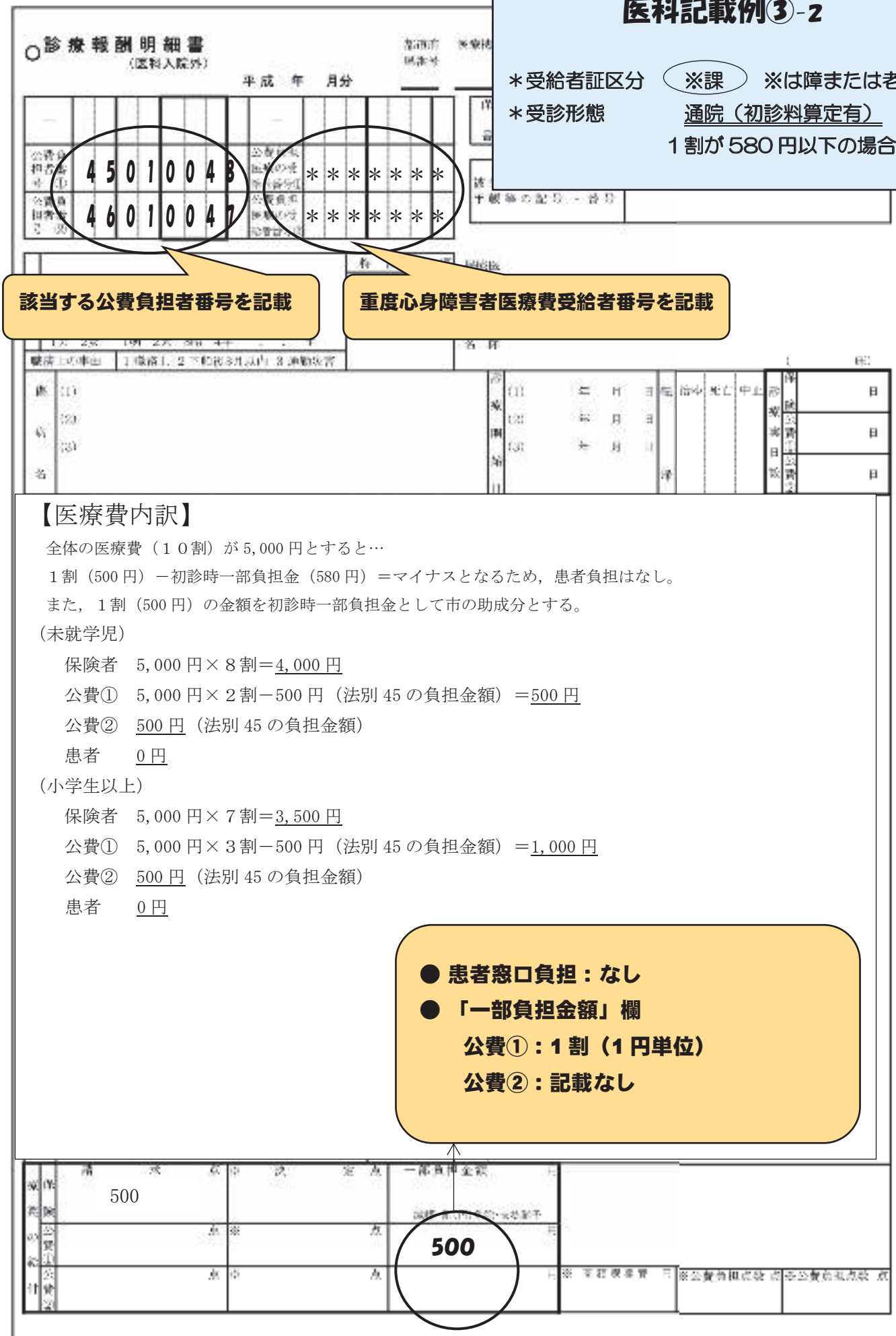
※１割の月額上限額１８，０００円

医科記載例③-2

＊受給者証区分　（※課）　※は障または老

＊受診形態　通院（初診料算定有）

１割が 580 円以下の場合



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 5,000 円とすると…

１割（500 円）－初診時一部負担金（580 円）＝マイナスとなるため，患者負担はなし。

また，１割（500 円）の金額を初診時一部負担金として市の助成分とする。

（未就学児）

保険者　5,000 円×８割＝4,000 円

公費①　5,000 円×２割－500 円（法別 45 の負担金額）＝500 円

公費②　500 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

（小学生以上）

保険者　5,000 円×７割＝3,500 円

公費①　5,000 円×３割－500 円（法別 45 の負担金額）＝1,000 円

公費②　500 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

- **患者窓口負担：なし**
- **「一部負担金額」欄**
  - **公費①：１割（１円単位）**
  - **公費②：記載なし**

医科記載例③-3

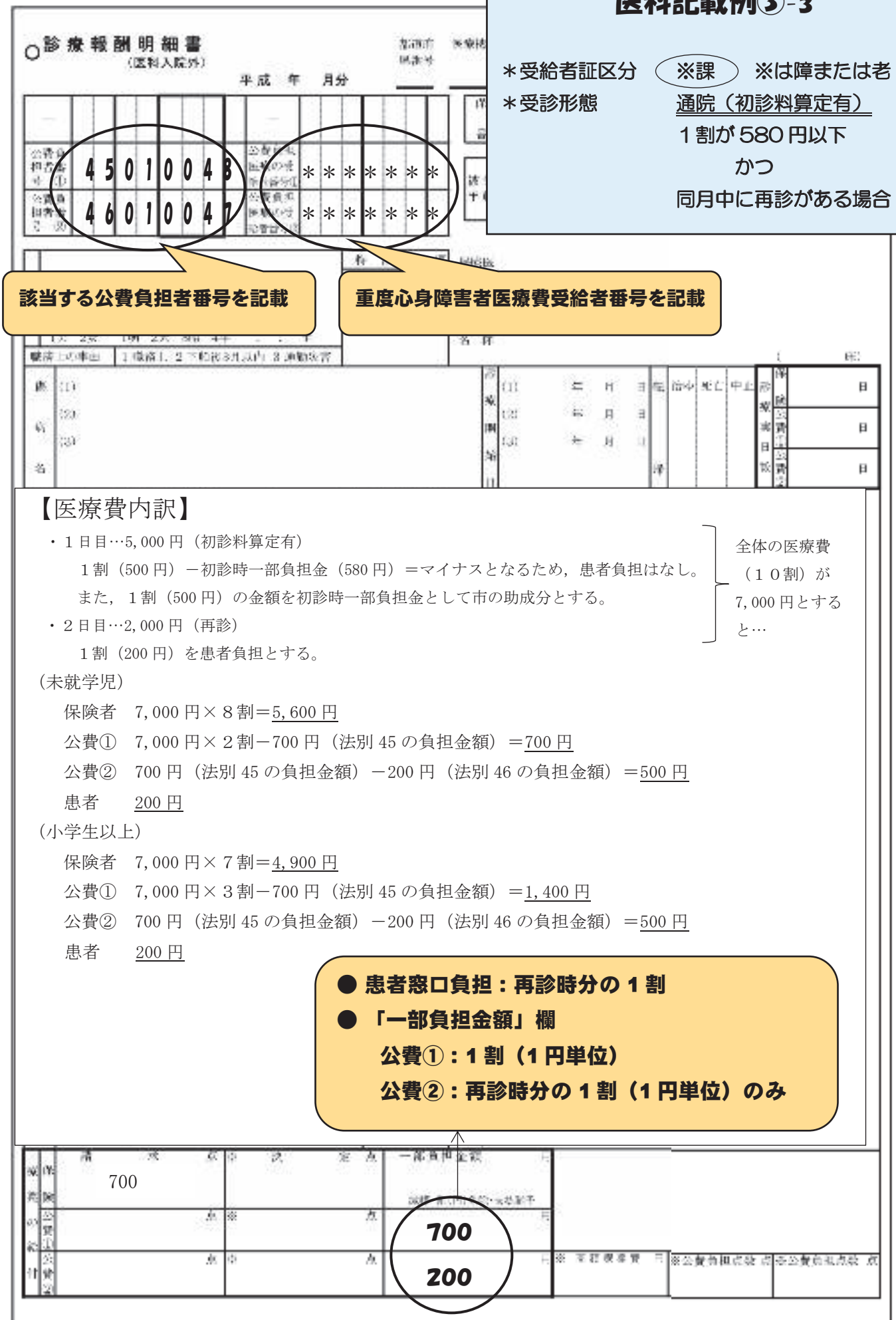
＊受給者証区分　※課　※は障または老

＊受診形態　通院（初診料算定有）

1割が580円以下

かつ

同月中に再診がある場合



該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

【医療費内訳】

・1日目…5,000円（初診料算定有）

1割（500円）－初診時一部負担金（580円）＝マイナスとなるため，患者負担はなし。

また，1割（500円）の金額を初診時一部負担金として市の助成分とする。

・2日目…2,000円（再診）

1割（200円）を患者負担とする。

全体の医療費（10割）が7,000円とすると…

（未就学児）

保険者　7,000円×8割＝5,600円

公費①　7,000円×2割－700円（法別45の負担金額）＝700円

公費②　700円（法別45の負担金額）－200円（法別46の負担金額）＝500円

患者　200円

（小学生以上）

保険者　7,000円×7割＝4,900円

公費①　7,000円×3割－700円（法別45の負担金額）＝1,400円

公費②　700円（法別45の負担金額）－200円（法別46の負担金額）＝500円

患者　200円

- **患者窓口負担：再診時分の1割**
- **「一部負担金額」欄**

  公費①：1割（1円単位）

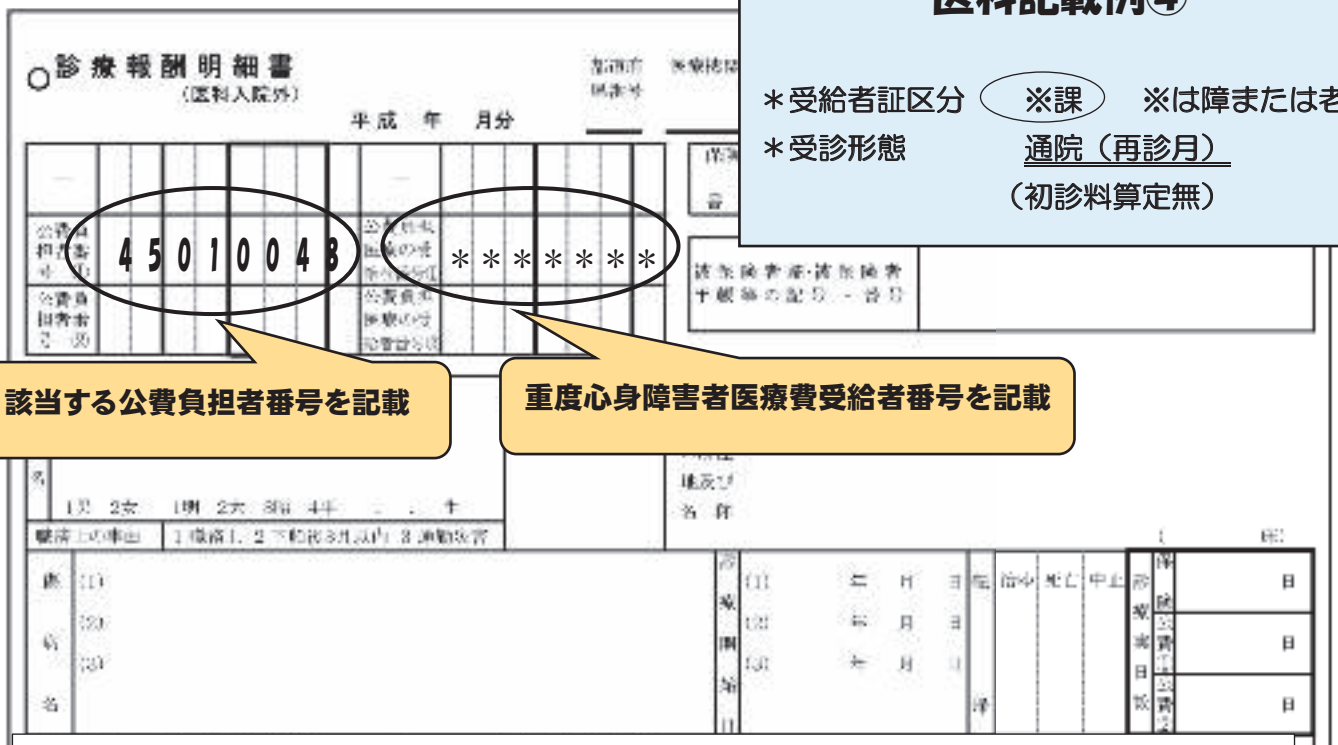
  公費②：再診時分の1割（1円単位）のみ

医科記載例④

＊受給者証区分　（※課）　※は障または老

＊受診形態　　通院（再診月）

（初診料算定無）



【医療費内訳】

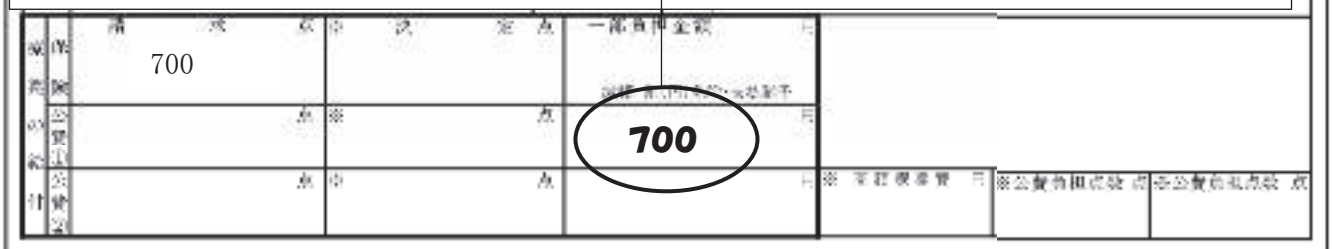
全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

	（未就学児）	（小学生以上）
保険者	7,000 円×８割＝5,600 円	7,000 円×７割＝4,900 円
公費	7,000 円×１割＝　700 円	7,000 円×２割＝1,400 円
患者	7,000 円×１割＝　700 円	7,000 円×１割＝　700 円

● **患者窓口負担：１割**

● **「一部負担金額」欄：１割（１円単位）**

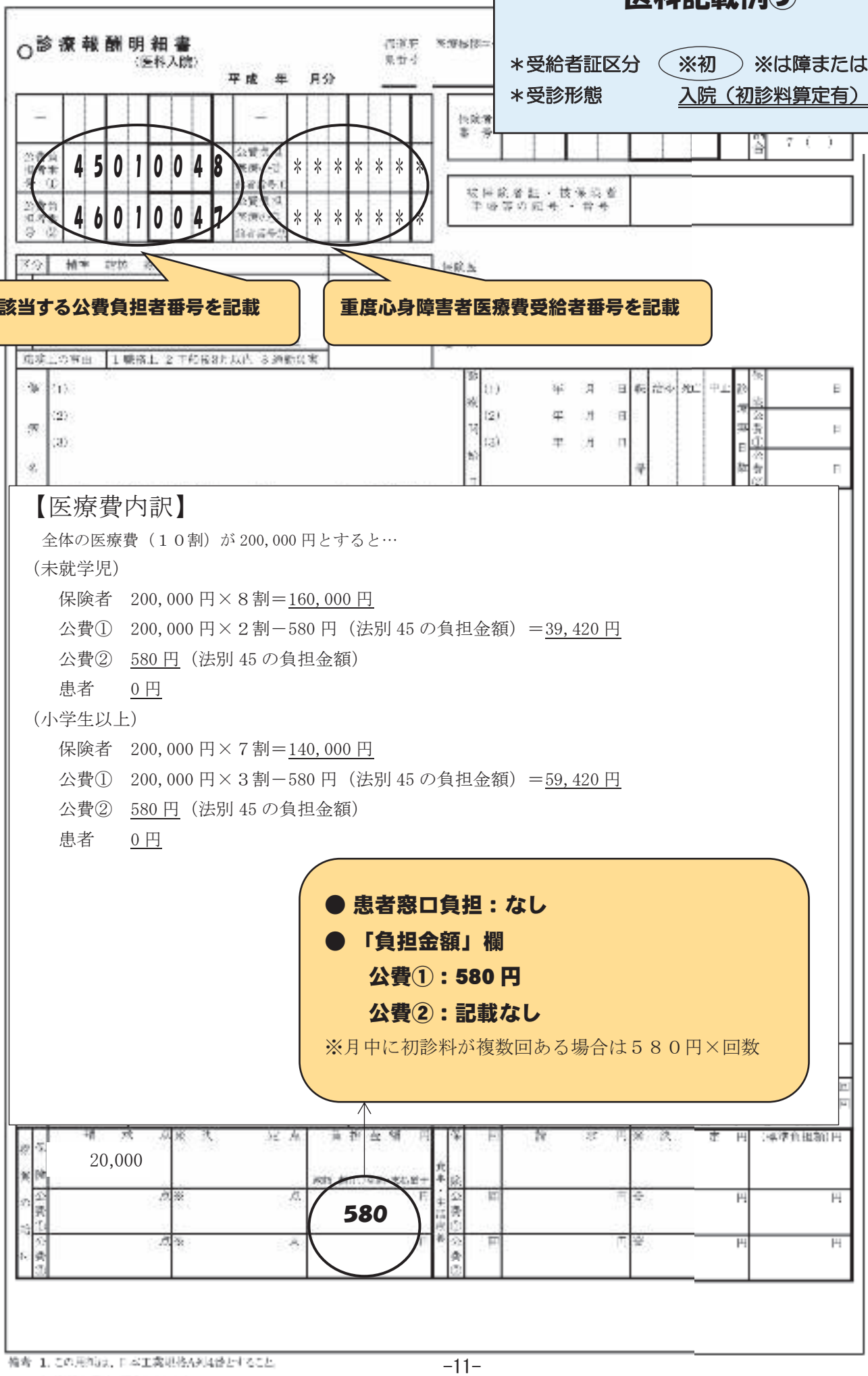
※１割の月額上限額１８，０００円



医科記載例⑤

＊受給者証区分　（※初）　※は障または老

＊受診形態　入院（初診料算定有）



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 200,000 円とすると…

（未就学児）

保険者　200,000 円×８割＝160,000 円

公費①　200,000 円×２割－580 円（法別 45 の負担金額）＝39,420 円

公費②　580 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

（小学生以上）

保険者　200,000 円×７割＝140,000 円

公費①　200,000 円×３割－580 円（法別 45 の負担金額）＝59,420 円

公費②　580 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

- **患者窓口負担：なし**
- **「負担金額」欄**

  公費①：580 円

  公費②：記載なし

※月中に初診料が複数回ある場合は５８０円×回数

医科記載例⑥

＊受給者証区分　※初　※は障または老

＊受診形態　入院（再診月）

（初診料算定無）

○診療報酬明細書
（医科入院）

平成　年　月分

公費負担者番号（1）　4501 0048

公費受給者番号（5）　＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 200,000 円とすると…

	（未就学児）	（小学生以上）
保険者	200,000 円×８割＝160,000 円	200,000 円×７割＝140,000 円
公費	200,000 円×２割＝ 40,000 円	200,000 円×３割＝ 60,000 円
患者	０円	０円

● 患者窓口負担：なし

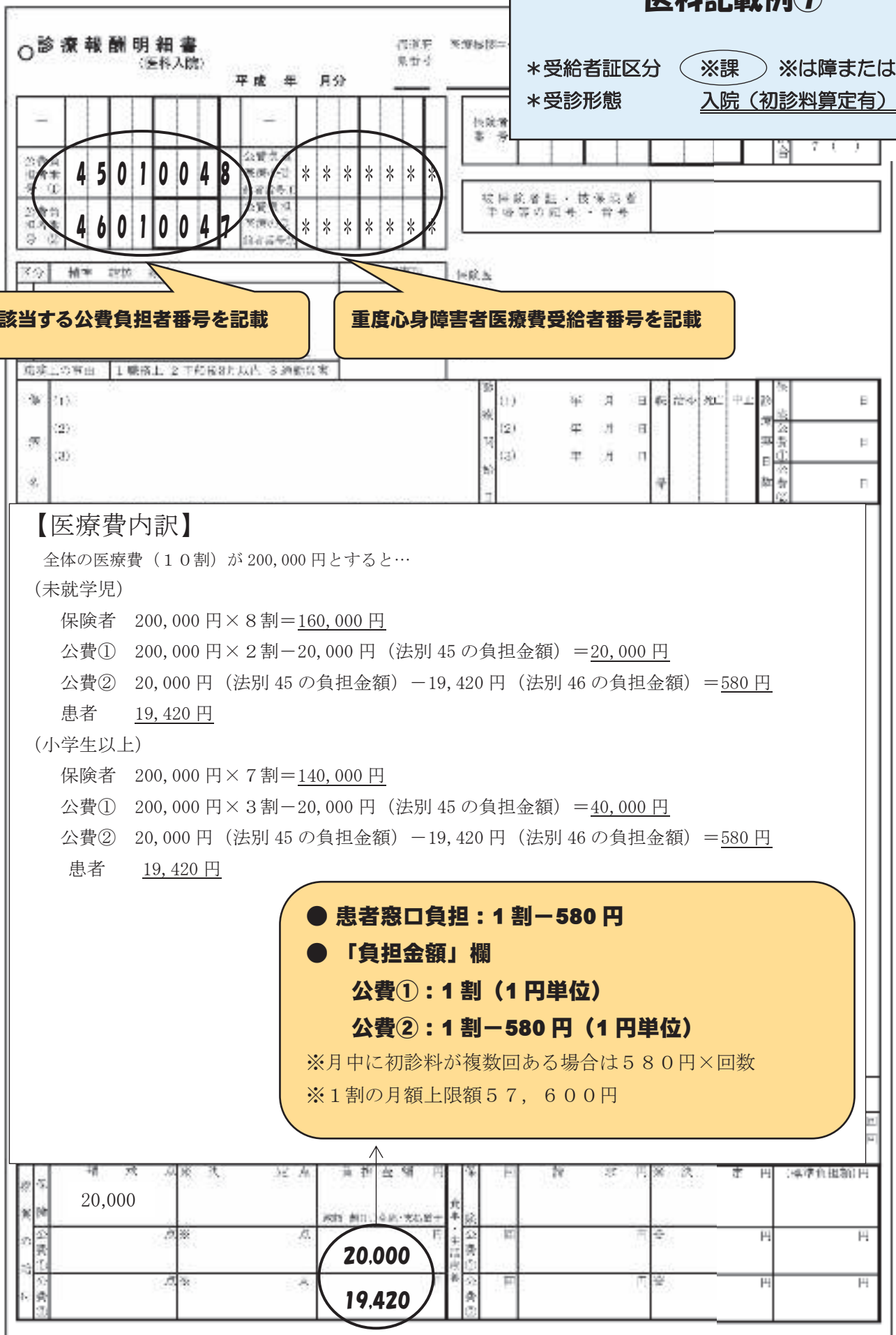
● 「負担金額」欄：記載なし

20,000

医科記載例⑦

＊受給者証区分　※課　※は障または老

＊受診形態　入院（初診料算定有）



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 200, 000 円とすると…

（未就学児）

保険者　200, 000 円×８割＝160, 000 円

公費①　200, 000 円×２割－20, 000 円（法別 45 の負担金額）＝20, 000 円

公費②　20, 000 円（法別 45 の負担金額）－19, 420 円（法別 46 の負担金額）＝580 円

患者　19, 420 円

（小学生以上）

保険者　200, 000 円×７割＝140, 000 円

公費①　200, 000 円×３割－20, 000 円（法別 45 の負担金額）＝40, 000 円

公費②　20, 000 円（法別 45 の負担金額）－19, 420 円（法別 46 の負担金額）＝580 円

患者　19, 420 円

- **患者窓口負担：1 割－580 円**
- **「負担金額」欄**

  公費①：1 割（1 円単位）

  公費②：1 割－580 円（1 円単位）

※月中に初診料が複数回ある場合は５８０円×回数

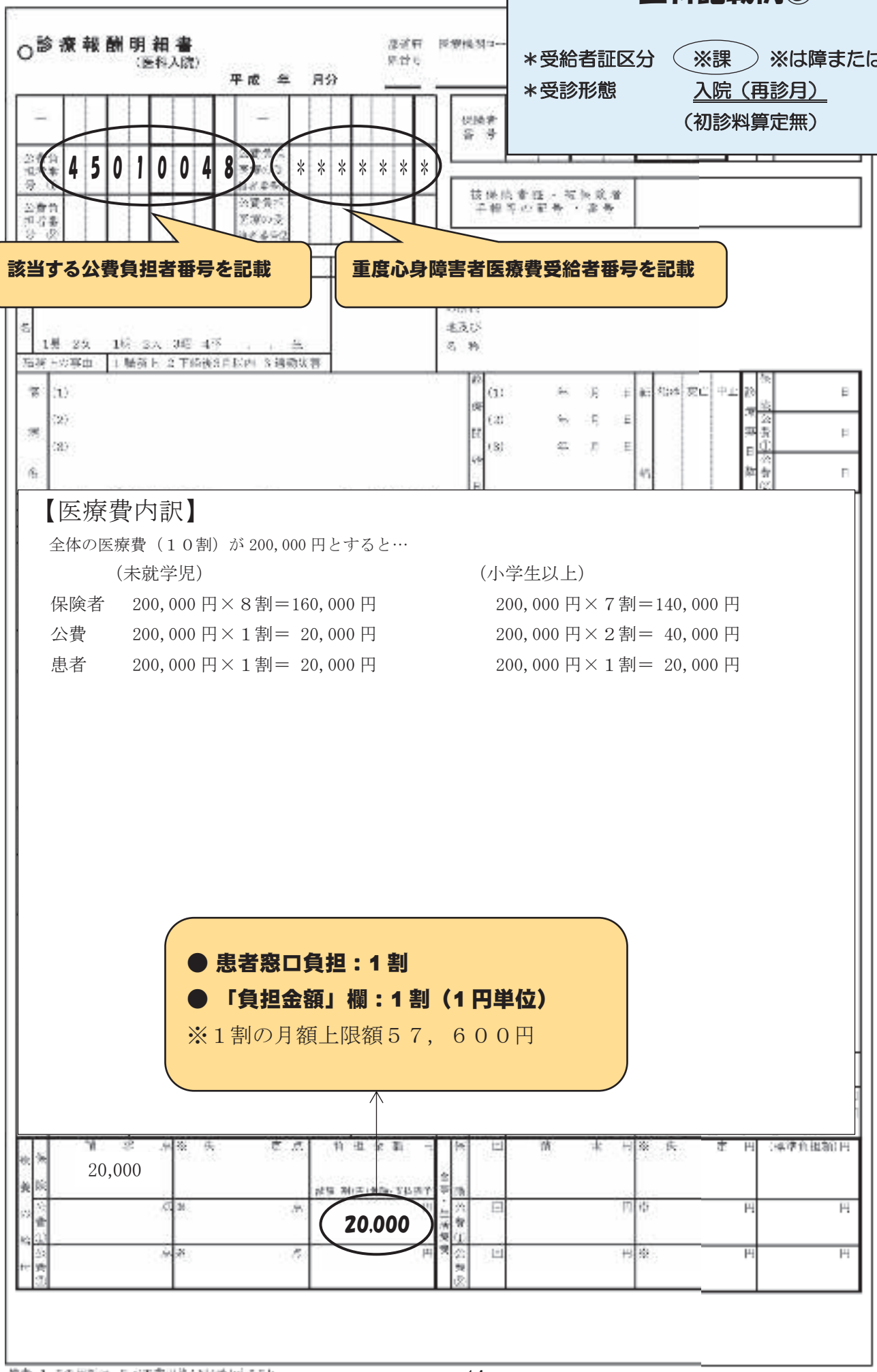
※１割の月額上限額５７，６００円

医科記載例⑧

＊受給者証区分　（※課）　※は障または老

＊受診形態　入院（再診月）

（初診料算定無）



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 200,000 円とすると…

	（未就学児）	（小学生以上）
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

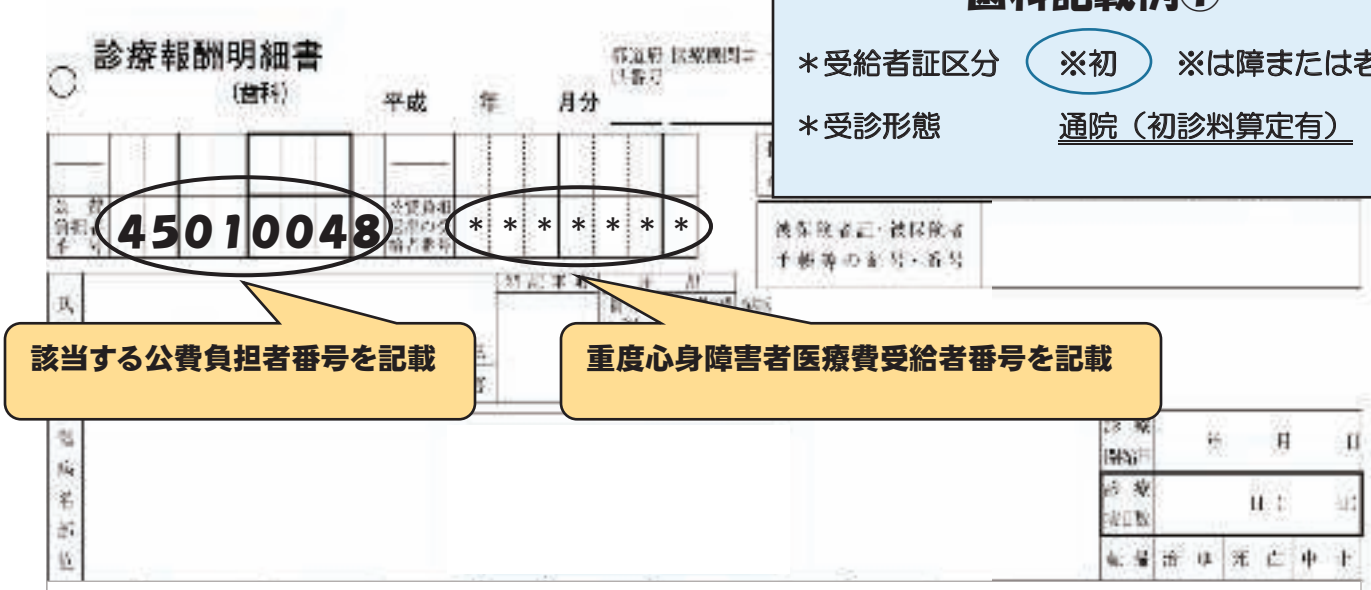
- **患者窓口負担：１割**
- **「負担金額」欄：１割（１円単位）**

※１割の月額上限額５７，６００円

歯科記載例①

＊受給者証区分　※初　※は障または老

＊受診形態　通院（初診料算定有）



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

（未就学児）

保険者　7,000 円×８割＝5,600 円

公費①　7,000 円×２割－510 円（法別 45 の負担金額）＝890 円

公費②　510 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

（小学生以上）

保険者　7,000 円×７割＝4,900 円

公費①　7,000 円×３割－510 円（法別 45 の負担金額）＝1,590 円

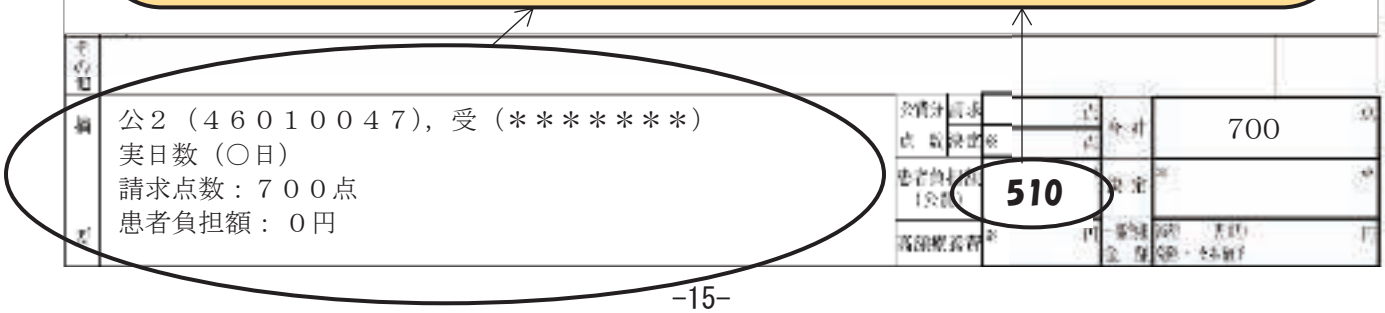
公費②　510 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

- **患者窓口負担：なし**
- **「患者負担額（公費）」欄：５１０円**

  ※月中に初診料が複数回ある場合は５１０円×回数

  ２割又は３割の金額が５１０円に満たない場合は２割又は３割の金額（１円単位）
- **「摘要」欄：公費負担者番号②，受給者番号，実日数，請求点数，患者負担額０円**



歯科記載例②

＊受給者証区分　※初　※は障または老

＊受診形態　通院（再診月）

（初診料算定無）

診療報酬明細書（歯科）　平成　年　月分

45010048

＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

	（未就学児）	（小学生以上）
保険者	7,000 円×８割＝5,600 円	7,000 円×７割＝4,900 円
公費	7,000 円×２割＝1,400 円	7,000 円×３割＝2,100 円
患者	0 円	0 円

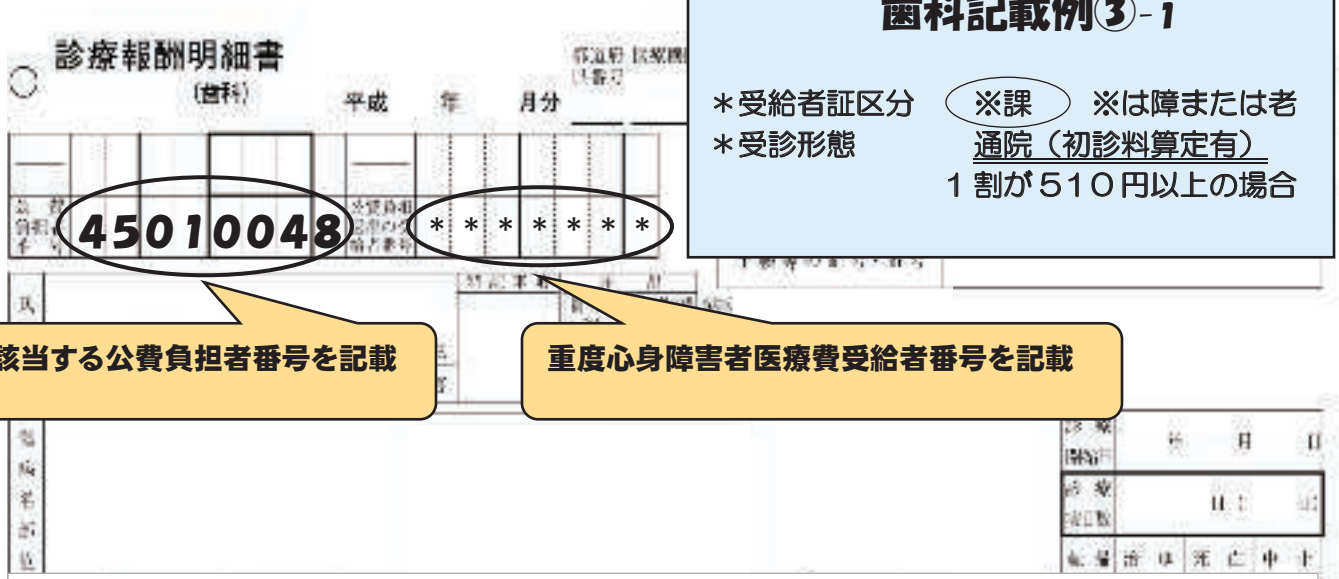
● 患者窓口負担：なし

● 「患者負担額（公費）」欄：記載なし

700

歯科記載例③-1

＊受給者証区分　（※課）　※は障または老
＊受診形態　通院（初診料算定有）
１割が５１０円以上の場合



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

（未就学児）

保険者　7,000 円×８割＝5,600 円

公費①　7,000 円×２割－700 円（法別 45 の負担金額）＝700 円

公費②　700 円（法別 45 の負担金額）－190 円（法別 46 の負担金額）＝510 円

患者　190 円

（小学生以上）

保険者　7,000 円×７割＝4,900 円

公費①　7,000 円×３割－700 円（法別 45 の負担金額）＝1,400 円

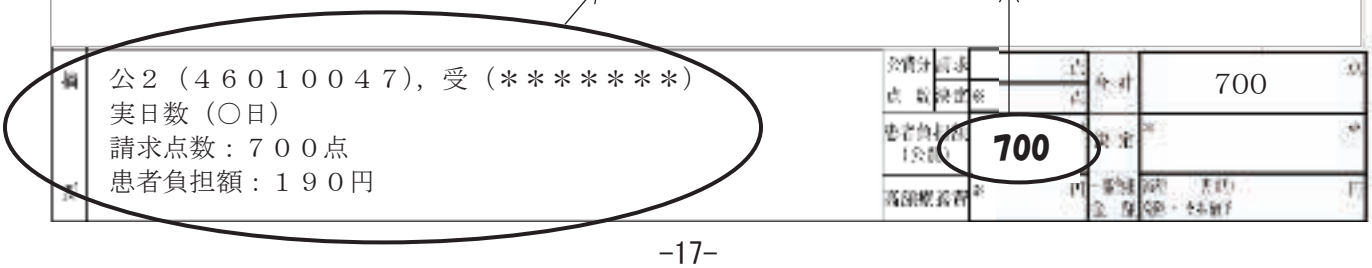
公費②　700 円（法別 45 の負担金額）－190 円（法別 46 の負担金額）＝510 円

患者　190 円

- **患者窓口負担：1 割－510 円**
- **「患者負担額（公費）」欄：1 割（1 円単位）**
- **「摘要」欄：公費負担者番号②，受給者番号，実日数，請求点数，患者負担額　1 割－510 円（1 円単位）**

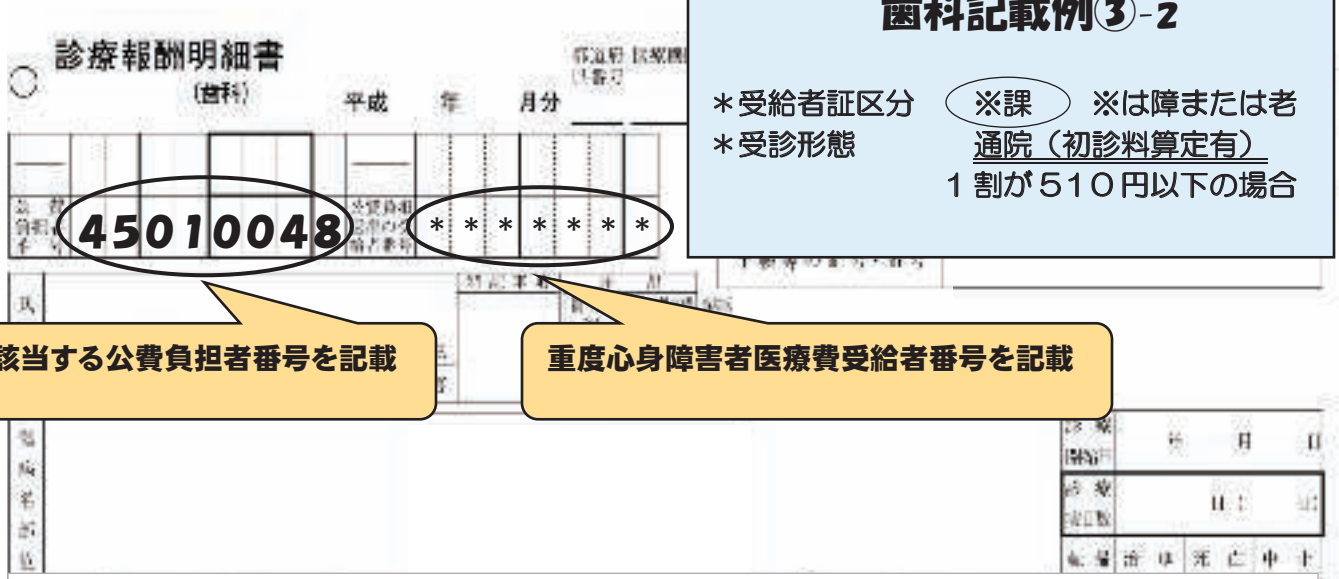
※月中に初診が複数回ある場合は５１０円×回数

※１割の月額上限額１８，０００円



歯科記載例③-2

＊受給者証区分　※課　※は障または老
＊受診形態　通院（初診料算定有）
１割が５１０円以下の場合



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 5,000 円とすると…

１割（500 円）－初診時一部負担金（510 円）＝マイナスとなるため，患者負担はなし。

また，１割（500 円）の金額を初診時一部負担金として市の助成分とする。

（未就学児）

保険者　5,000 円×８割＝4,000 円

公費①　5,000 円×２割－500 円（法別 45 の負担金額）＝500 円

公費②　500 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

（小学生以上）

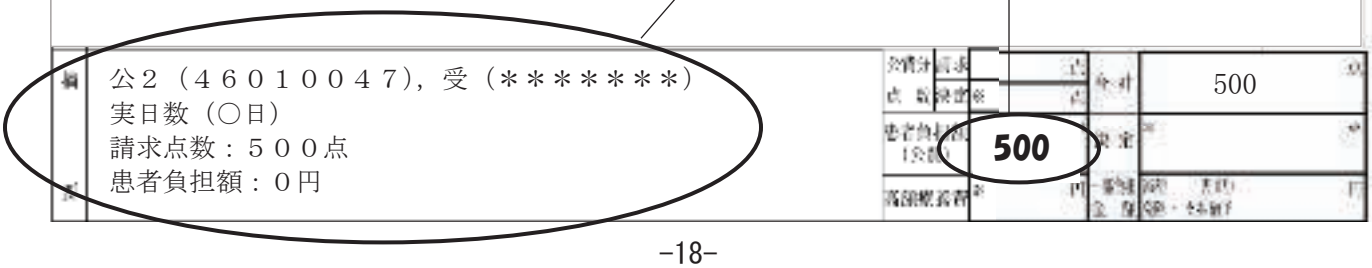
保険者　5,000 円×７割＝3,500 円

公費①　5,000 円×３割－500 円（法別 45 の負担金額）＝1,000 円

公費②　500 円（法別 45 の負担金額）

患者　0 円

- **患者窓口負担：なし**
- **「患者負担額（公費）」欄：１割（１円単位）**
- **「摘要」欄：公費負担者番号②，受給者番号，実日数，請求点数，患者負担額　０円**



歯科記載例③-3

＊受給者証区分　※課　※は障または老
＊受診形態　通院（初診料算定有）
１割が５１０円以下
かつ
同月中に再診がある場合

診療報酬明細書（歯科）　平成　年　月分

45010048　＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

【医療費内訳】

・１日目…5,000 円（初診料算定有）

１割（500 円）－初診時一部負担金（510 円）＝マイナスとなるため，患者負担はなし。

また，１割（500 円）の金額を初診時一部負担金として市の助成分とする。

・２日目…2,000 円（再診）

１割（200 円）を患者負担とする。

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

（未就学児）

保険者　7,000 円×８割＝5,600 円

公費①　7,000 円×２割－700 円（法別 45 の負担金額）＝700 円

公費②　700 円（法別 45 の負担金額）－200 円（法別 46 の負担金額）＝500 円

患者　200 円

（小学生以上）

保険者　7,000 円×７割＝4,900 円

公費①　7,000 円×３割－700 円（法別 45 の負担金額）＝1,400 円

公費②　700 円（法別 45 の負担金額）－200 円（法別 46 の負担金額）＝500 円

患者　200 円

- **患者窓口負担：再診時分の１割**
- **「患者負担額（公費）」欄：１割（１円単位）**
- **「摘要」欄：公費負担者番号②，受給者番号，実日数，請求点数，患者負担額 再診時分の１割（１円単位）**

公２（４６０１００４７），受（＊＊＊＊＊＊＊）
実日数（○日）
請求点数：７００点
患者負担額：２００円

700

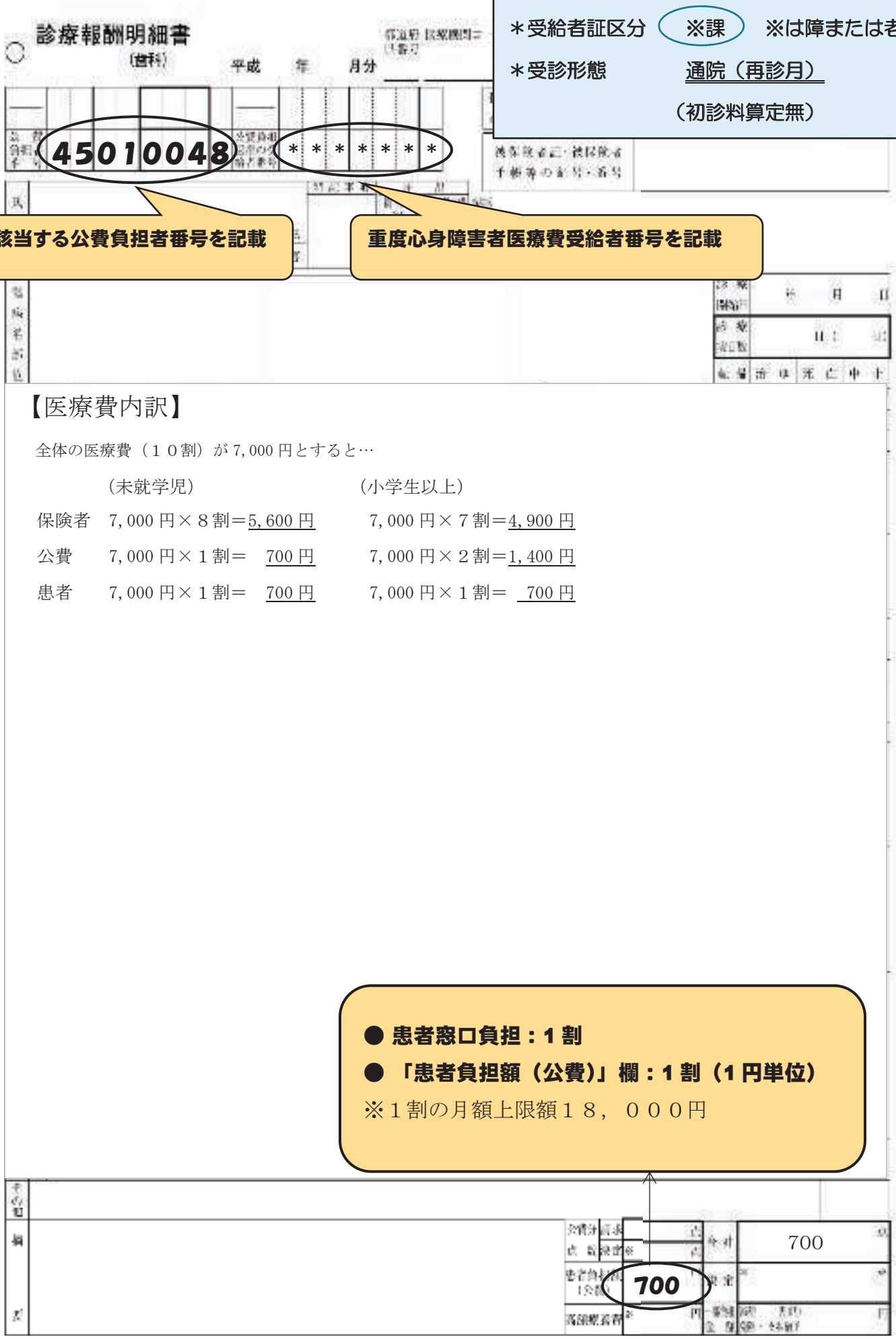
700

歯科記載例④

＊受給者証区分　※課　※は障または老

＊受診形態　通院（再診月）

（初診料算定無）



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

	（未就学児）	（小学生以上）
保険者	7,000 円×８割＝5,600 円	7,000 円×７割＝4,900 円
公費	7,000 円×１割＝　700 円	7,000 円×２割＝1,400 円
患者	7,000 円×１割＝　700 円	7,000 円×１割＝　700 円

● **患者窓口負担：１割**

● **「患者負担額（公費）」欄：１割（１円単位）**

※１割の月額上限額１８，０００円

調剤記載例①

＊受給者証区分　※初　※は障または老

○ 調剤報酬明組書

平成　年　月分

公費負担者番号(1)　4 5 0 1 0 0 1 8

公費負担者番号(2)

公費負担者受給者番号(1)　＊＊＊＊＊＊＊

公費負担者受給者番号(2)

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

	（未就学児）	（小学生以上）
保険者	7,000 円×８割＝5,600 円	7,000 円×７割＝4,900 円
公費	7,000 円×２割＝1,400 円	7,000 円×３割＝2,100 円
患者	０円	０円

● 患者窓口負担：なし

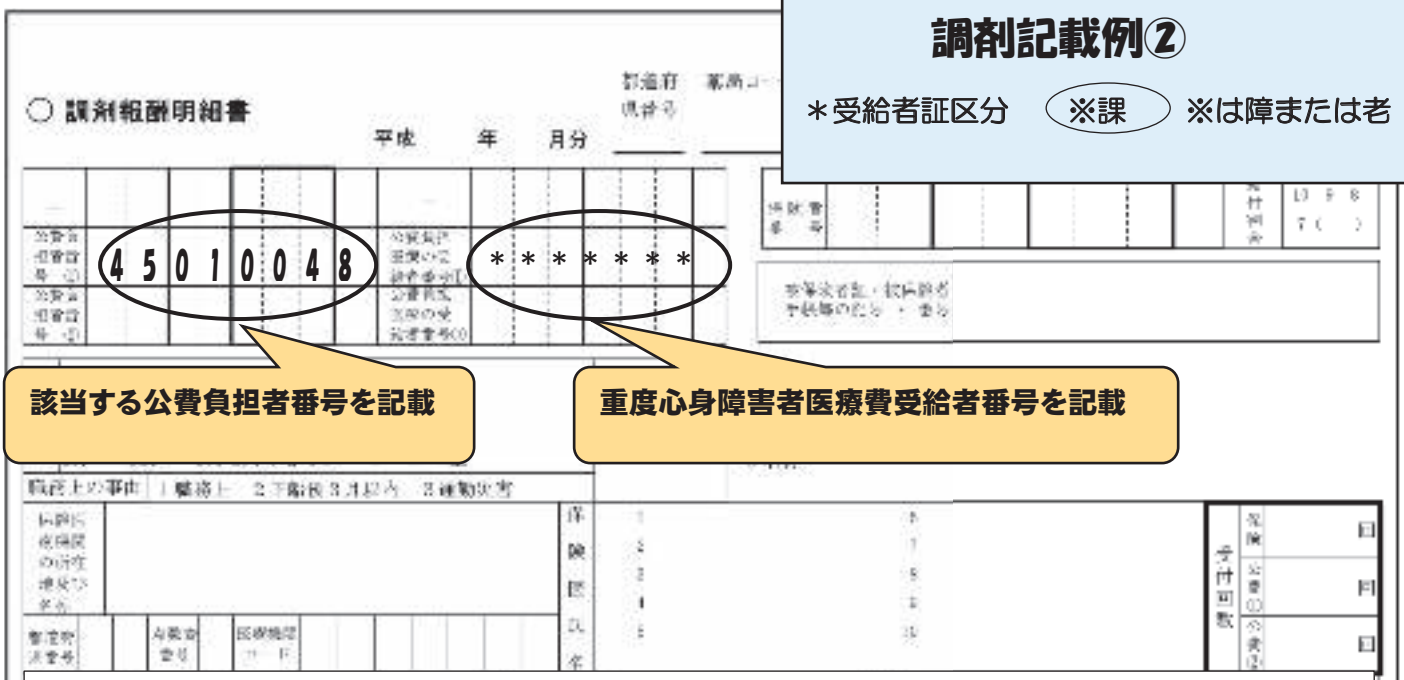
● 「一部負担金額」欄：記載なし

	調剤料	調剤技術料	一部負担金額	調剤基本料	時間外等加算	薬学管理料
保険	700					
公費(1)						
公費(2)						

備考　1．この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
　　2．金額の欄に、記入しないこと。

調剤記載例②

＊受給者証区分　※課　※は障または者



【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が 7,000 円とすると…

	（未就学児）	（小学生以上）
保険者	7,000 円×８割＝5,600 円	7,000 円×７割＝4,900 円
公費	7,000 円×１割＝　700 円	7,000 円×２割＝1,400 円
患者	7,000 円×１割＝　700 円	7,000 円×１割＝　700 円

● **患者窓口負担：１割**

● **「一部負担金額」欄：１割（１円単位）**

※１割の月額上限額１８，０００円

重度心身障害者医療費助成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６条通９丁目　旭川市役所総合庁舎１階
福祉保険部国民健康保険課後期高齢者医療係
電話２５－８５３６（直通）