

旭川市子ども医療費助成に
係る医療費の請求方法
(内科・歯科・調剤)

旭川市子育て支援部子育て助成課

平成 30 年 8 月版

目 次

○ 子ども医療費助成制度	1
○ レセプト請求	2
○ レセプト作成	3
○ レセプト記入例	5
(医科入院外)	
(入院)	10
(歯科)	15
(調剤)	20
○ 子ども医療費助成金請求書での請求	24

子ども医療費助成制度

1 助成の対象者

旭川市に住民登録のある 0 歳から 15 歳（中学校 3 年生まで）所得制限あり

2 助成の対象範囲

0 歳から 中学校 3 年生まで ～ 通院（調剤含む）・入院 及び 指定訪問看護

3 患者窓口負担額

区 分	3 歳未満の子	3 歳以上の子から中学生
通院 (調剤含む)	患者窓口負担 なし	【市民税課税世帯】 総医療費の 1 割負担 (限度額 18,000 円/月) 注 1
		【市民税非課税世帯】 患者窓口負担なし
入院		【市民税課税世帯】 総医療費の 1 割負担 (限度額 57,600 円/月) 注 2
		【市民税非課税世帯】 患者窓口負担なし
指定訪問看護	訪問看護療養費の 1 割 (月上限額：非課税世帯 8,000 円 課税世帯 18,000 円)	

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

注 2 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

※次項以降月限度額については、通院 18,000 円（注 1）、入院 57,600 円（注 2）のとおり

医療費レセプト請求

旭川市子ども医療費助成の公費負担者番号の種類

90010042（北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成）

91010041（上記のうち初診時一部負担金助成）

92010040（旭川市独自の医療費助成）

〈 受 給 者 証 （ 見 本 ） 〉

有効期間内に3歳になる人は，（子初）から（子課）へ変わる場合，（子初）の最終有効月が記載されます。

負担区分を記載されています。

（子初）の場合患者窓口負担はありません。

（子課）の場合総医療費の1割負担

（月限度額 通院 18,000 円 入院 57,600 円）

公費負担者番号と受給者番号が記載されています。

12月までは一部負担金なし

子ども医療費受給者証

公費負担者番号	90010042	受給者番号	1339993
氏名	山田 太郎		
生年月日	平成 27年 12月 15日	性別	男
住所	旭川市 7条通10丁目 第二南会館		
かかりつけ科	小児科		
かかりつけ医	山田 太郎		
有効期間	一部負担 平成 30年 8月 1日 から 平成 30年 12月 31日 まで 全額負担 平成 31年 1月 1日 から 平成 31年 7月 31日 まで		
発行機関	北海道旭川市長 山田 太郎		
発行年月日	平成 30年 7月 20日		

医療費レセプト

90010042 1339993

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（子ども医療費助成）

◎レセプト作成早見表

受給者証 区 分	子ども の年齢	受診 形態	一部負担金	レセプト公費①② の公費負担者番号	レセプト 請求形態	レセプト公費① 負担金の記載	記載例		
子初	0歳から 3歳未満	入院 通院	なし	【初診料算定時】 ① 9 0 0 1 0 0 4 2 ② 9 1 0 1 0 0 4 1 【再診】 ① 9 0 0 1 0 0 4 2	【初診料算定時】 3者併用 【再診】 2者併用	【初診料算定時】 公費①の「一部負担金 額」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。 【再診】 記載は必要ありません。	医科①②⑥⑦ 歯科①② 調剤①		
	3歳から 就学前	入院 通院					医科①②⑥⑦ 歯科①② 調剤①		
	小学生	入院					医科⑥⑦		
	小学生	通院		① 9 2 0 1 0 0 4 0	2者併用	記載は必要ありません。	医科③ 歯科③ 調剤②		
	中学生	入院 通院					医科③⑧ 歯科③ 調剤②		
子課	3歳から 就学前	入院 通院	医療費の1 割相当額 入院 57,600 円限度 通院 18,000 円限度	① 9 0 0 1 0 0 4 2	2者併用	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。	医科④⑨ 歯科④ 調剤③		
	小学生	入院		① 9 2 0 1 0 0 4 0			医科⑨		
	小学生	通院					医科⑤ 歯科⑤ 調剤④		
	中学生	入院 通院					医科⑤⑩ 歯科⑤ 調剤④		

北海道と旭川市の医療費助成内容（公費負担者番号 9 0， 9 1， 9 2 の助成内容）

区 分	助成対象	患者窓口負担	
		市民税課税世帯の3歳以上の子	3歳未満の子と市民税非課税世帯
90 北海道医療給付事業の基準	就学前：入院と通院 小学生：入院	総医療費の1割（月額上限あり）	初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円
91 上記のうち初診時一部負担金助成 （旭川市独自助成）		—	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
92 旭川市独自の医療費助成	小学生：通院 中学生：入院と通院	総医療費の1割（月額上限あり）	患者窓口負担なし

【留意事項】

子初 の表示がある受給者

- 1 小学校就学前（入院・通院）と小学生（入院）受給者のうち初診料が算定された場合は、医療保険と公費「90」「91」の3者併用で作成し、初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を公費①の一部負担金額欄に記載してください。再診月の場合は、初診時一部負担金が発生しないので、医療保険と公費「90」の2者併用で作成してください。
- 2 小学生（通院）と中学生（入院・通院）の場合は、医療保険と公費「92」の2者併用で作成してください。

子課 の表示がある受給者

- 1 3歳から小学校就学前（入院・通院）と小学生（入院）の受給者証は、医療保険と公費「90」の2者併用で作成し、医療費の1割の金額（1円単位）を公費①の一部負担金額欄に記載してください。
- 2 小学生（通院）と中学生（入院・通院）の場合は、医療保険と公費「92」の2者併用で作成してください。
- 3 月の患者負担限度額は、入院 57,600 円，通院 18,000 円となっております。
- 4 受給者証の有効年月日内に3歳になる方も「子課」の表示をしています。誕生日（1日を除く）の属する月までは**子初** の取扱いとなりますので、ご注意ください。

子初 **子課** の表示がある受給者（共通事項）

- 1 平成30年8月診療分以降は、すべての医療保険がレセプト請求可能となります。
- 2 平成30年7月診療以前分の国保組合加入受給者については、従前どおり請求書での請求となります。

下記(1)から(6)の国保組合以外の国保組合の被保険者については、レセプトでの旭川市子ども医療費助成事業と医療保険の公費併用請求はできませんので、旭川市内の医療機関は従前どおりの請求書で請求をお願いいたします。旭川市外の医療機関は、償還払いとなりますので受給者へお知らせください。

- (1) 北海道歯科医師国保組合（保険者番号 013011）
- (2) 北海道薬剤師国保組合（保険者番号 013029）
- (3) 北海道医師国保組合（保険者番号 013037）
- (4) 北海道建設国保組合（保険者番号 013045）
- (5) 全国土木建築国保組合（保険者番号 133033）
- (6) 全国建設工事業国保組合（保険者番号 133298）

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府県 医療機関コード
市区町村 診療科

1	1 社・団	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 森外一
2	2 2 世			4 六 外	
3				6 家 外	9 森外7
4				10 9 8	
5				7 ()	

公費負担者番号 (1)	9	2	0	1	0	0	4	0
公費負担者番号 (2)								
公費負担者番号 (3)								

子ども医療費受給者番号を記載

該当する公費負担者番号を記載

氏 名		
性別	1 男 2 女	1 児 2 小 3 中 4 高 5 大 6 学 生
居住上の世帯	1 属世帯 2 下宿世帯 3 月以内 4 通達災害	

診療日	(1)	年	月	日	診療時間	入院	中止	診療日数	日
診療日	(2)	年	月	日				診療日数	日
診療日	(3)	年	月	日				診療日数	日

《医科記載例③》

- * 受給者証区分 子初
- * 子どもの年齢 小学生・中学生
- * 受診形態 通院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…
 保険者 7,000円×7割 = 4,900円
 公費 7,000円×3割 = 2,100円
 患者 0円

- 患者窓口負担：なし
- 「一部負担金額」欄：記載なし

診療日	700	診療日		診療日		診療日		診療日	
診療日		診療日		診療日		診療日		診療日	
診療日		診療日		診療日		診療日		診療日	

○診療報酬明細書
(医療入院外)

都道府県 医療機関コード
市区町村 診療科

1 1 社・団 3 後 期	1 単 独	2 本 外	3 外 一
2 2 世	4 六 外	5 家 外	6 外 7
		10 9 8	
		7 ()	

公費負担者番号 ①	90010042	公費負担者番号 ②	*****
公費負担者番号 ③		公費負担者番号 ④	

子ども医療費受給者番号を記載

該当する公費負担者番号を記載

氏 名	1 男 2 女 3 男 4 女 5 男 6 女 7 男 8 女 9 男 10 女	生 年 月 日	親 及 び 子 供	1 父 2 母 3 子 4 孫 5 兄弟姉妹 6 養父 7 養母 8 養子 9 養孫 10 養兄弟姉妹
診療上の事由	1 傷病 2 手術 3 検査 4 予防 5 通院 6 入院 7 在宅療養 8 在宅療養 9 在宅療養 10 在宅療養	診療開始日	診療終了日	診療回数
診療開始日	診療終了日	診療回数	診療回数	診療回数

《医科記載例④》

- * 受給者証区分 子課
- * 子どもの年齢 3 歳から就学前
- * 受診形態 通院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…
 保険者 7,000円×8割 = 5,600円
 公費 7,000円×1割 = 700円
 患者 7,000円×1割 = 700円

● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を負担

● 「一部負担金額」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を記載

診療報酬	700	診療報酬	700	診療報酬	700
診療報酬	700	診療報酬	700	診療報酬	700
診療報酬	700	診療報酬	700	診療報酬	700

備考 1. この用形は、日本工業規格JIS14番とすること。
2. 変形の類は、記入しないこと。

診療報酬明細書 (医療入院)		診療科 内科	診療機関コード 総合病院	1 区	1 社・団	3 診療	1 単独	1 本人	7 病入																																													
平成 年 月 分				2 市	2 支	2 部	8 本人	5 本人	9 病入																																													
90010042 *****				子ども医療費受給者番号を記載						10 9 8 7 ()																																												
該当する公費負担者番号を記載				被保険者証・保険証等 二重等の記載・番号																																																		
区分	種別	記載	診療 機関		診療 科目		診療 内容		診療 内容																																													
1 区	2 市	3 診療	4 本人	5 本人	6 本人	7 病入	8 本人	9 病入	10 本人	11 病入																																												
《医科記載例⑦》				* 受給者証区分 子初 * 子どもの年齢 0 歳から 3 歳未満 3 歳から就学前 小学生 * 受診形態 入院 (再診時)																																																		
【医療費内訳】 全体の医療費（10割）が200,000円とすると… <table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="5">(0歳から就学前)</td> <td colspan="6">(小学生)</td> </tr> <tr> <td>保険者</td> <td>200,000円×8割＝</td> <td>160,000円</td> <td>200,000円×7割＝</td> <td>140,000円</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>公費</td> <td>200,000円×2割＝</td> <td>40,000円</td> <td>200,000円×3割＝</td> <td>60,000円</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>患者</td> <td></td> <td>0円</td> <td></td> <td>0円</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> ● 患者窓口負担：なし ● 「負担金額」欄：記載なし											(0歳から就学前)					(小学生)						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						
(0歳から就学前)					(小学生)																																																	
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																																																		
診療 内容	20,000	診療 内容		診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容																																												
診療 内容		診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容																																												
診療 内容		診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容	診療 内容																																												

診療報酬明細書 (医療入院)										診療科目 原付		診療機関コード		1 1 社・団 3 診療 1 単独 1 本人 7 入院		2 2 併 3 本人 9 入院	
平成 年 月 分																	
92010040 *****																	
子ども医療費受給者番号を記載																	
該当する公費負担者番号を記載																	
※ 受給者証区分 子初 ※ 子どもの年齢 中学生 ※ 受診形態 入院																	
【医療費内訳】 全体の医療費（10割）が200,000円とすると… 保険者 200,000円×7割＝140,000円 公費 200,000円×3割＝ 60,000円 患者 0円																	
● 患者窓口負担：なし ● 「負担金額」欄：記載なし																	
20,000																	

[illegible]

[illegible]

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

診療報酬明細書
記載

3 1 社 日 3 後 期 1 単 2 本 8 週
第 2 公 費 4 月 分 2 2 所 4 外 6 週
第 2 公 費 4 月 分 2 2 所 4 外 6 週

子ども医療費受給者番号を記載

90010042

公費負担者番号①を記載

公費負担者番号②は下部の摘要欄に記載

《歯科記載例①》

- * 受給者証区分 **子初**
- * 子どもの年齢 **0 歳から 3 歳未満**
3 歳から就学前
- * 受診形態 **通院 (初診料算定時)**

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×8割 = 5,600円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 0円

● 患者窓口負担：なし

● 「患者負担額（公費）」欄：510円と記載

※月中に初診料が複数回ある場合は510円×回数

2割の金額が510円に満たない場合は2割の金額（1円単位）

● 「摘要」欄：公費負担者番号②，子ども医療費受給者番号，
実日数，請求点数，患者負担額0円 を記載

公2 (91010041), 受 (******)
実日数 (○日)
請求点数：700点
患者負担額：0円

510

700

-16-

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

診療科目 診療機関コード

3 1 社 日 3 後 期 1 単 2 本 8 週
第 2 公 費 4 月 分 2 5 2 世 4 6 外 0 割

子ども医療費受給者番号を記載

92010040

* * * * *

該当する公費負担者番号を記載

《歯科記載例③》

- * 受給者証区分 子初
- * 子どもの年齢 小学生・中学生
- * 受診形態 通院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…
 保険者 7,000円×7割 = 4,900円
 公費 7,000円×3割 = 2,100円
 患者 0円

- 患者窓口負担：なし
- 「患者負担額（公費）」欄：記載なし

700

診療報酬明細書 (歯科) 平成 年 月分

3 1 社 日 3 後 期 1 単 2 本 8 割
第 2 公 費 4 割 5 2 世 4 6 外 0 割

90010042

子ども医療費受給者番号を記載

該当する公費負担者番号を記載

氏名 1男2女1男
〒501-8501 岐阜市中山1-1-1 岐阜市立中央病院

診療 月 日 日
診療 日 日 日
診療 回数 日 日 日
処方 回数 日 日 日
処方 回数 日 日 日

《歯科記載例④》

- * 受給者証区分 **子課**
- * 子どもの年齢 **3歳から就学前**
- * 受診形態 **通院**

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×8割 = 5,600円

公費 7,000円×1割 = 700円

患者 7,000円×1割 = 700円

● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を負担

● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を記載

診療報酬明細書 (歯科) 平成 年 月分

3 1 社 日 3 後 期 1 単 2 本 8 割
第 2 公 費 4 割 5 2 世 4 6 外 0 割

90010042

子ども医療費受給者番号を記載

該当する公費負担者番号を記載

氏名 1男2女1男
〒501-8501 岐阜市中山1-1-1 岐阜市立中央病院

診療 月 日 日
診療 日 日 日
診療 回数 日 日 日
処方 回数 日 日 日
処方 回数 日 日 日

患者負担額 (公費) 700

-19-

○調剤報酬明細書

都道府県 第幾号
県番号

平成 年 月 分

公費負担者番号(①)	9	0	0	1	0	0	4	2	公費負担者番号(②)	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号(③)									公費負担者番号(④)							

氏名 男 女 不明

保険料の所在及び年齢

該当する公費負担者番号を記載

子ども医療費受給者番号を記載

《調剤記載例①》

- ＊ 受給者証区分 **子初**
 ＊ 子どもの年齢 **0 歳から 3 歳未満**
 3 歳から就学前

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 $7,000\text{円} \times 8割 = 5,600\text{円}$

公費 $7,000\text{円} \times 2割 = 1,400\text{円}$

患者 0 円

- 患者窓口負担：なし
- 「一部負担金額」欄：記載なし

乗客	700			市況調査	金額	円	調剤金以外	点	増減外等加算	点	薬価管理	点	点
				減額	割(円)		創設・安価割等						
公費①		点	点	点		円	点		点				点
公費②		点	点	点		円	点		点				点

○ 調剤報酬明細書

平成 年 月 分

製薬会社 第 号

4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027

《調剤記載例②》

*** 受給者証区分**

子初

* 子どもの年齢

小学生・中学生

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 $7,000 \text{ 円} \times 7 \text{ 割} = 4,900 \text{ 円}$

公費 $7,000\text{円} \times 3割 = 2,100\text{円}$

患者	0 円
----	-----

- 患者窓口負担：なし
- 「一部負担金額」欄：記載なし

乗客	700		市況調査	田	調査金	成	増減外等加算	点	果 弊 害 避 免	成
公費①			経理 費(円)	田	助給・安価新市	成				成
公費②				田		成				成

[illegible]

《調剤記載例④》

*** 受給者証区分**

課子

* 子どもの年齢

小学生・中学生

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 $7,000\text{円} \times 7割 = 4,900\text{円}$

公費 $7,000\text{円} \times 2割 = 1,400\text{円}$

患者 $7,000 \text{ 円} \times 1 \text{ 割} = 700 \text{ 円}$

● 患者窓口負担：1割

※1 割が月額上限額 18,000 円を超える場合は、18,000 円を負担

● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1 割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を記載

集 計	請 求 成 果	決 定 成 果	市況調査額	田 間調査外 成 果	増減外等加算 点	果 実 管 理 利 成 果
	700		減額 割(田) 急激・安価新市			
公費①	成 果	成 果	700	成 果	点	成 果
公費②	成 果	成 果		成 果	点	成 果

旭川市子ども医療費助成金請求書での請求

1 対象となる受給者及び診療月

国保組合加入受給者（一部を除く）の平成30年7月診療以前分

2 提出書類

「子ども医療費助成金請求書」（以下「請求書」という。）

請求書は2部複写で、1枚目が旭川市提出用、2枚目が医療機関控用となっています。

3 提出期限及び提出先

診療月の翌月13日（必着）までに到着するように提出してください。

（請求書は、御連絡いただければ無料で郵送します。）

〒070-8525 旭川市7条通10丁目旭川市役所第二庁舎 子育て支援部子育て助成課

なお、当様式の内容を満たしており、記載箇所が同様であれば、電算処理により作成された請求書でもかまいません。

4 医療費等の支払

期限までに提出された請求分は、提出月の翌月末日までに御指定の口座に振り込みます。なお、事前に支払内容のお知らせ（ハガキ）を郵送します。

5 請求書作成にあたっての留意事項

提出された請求書は旭川市電算処理の入力票となっていますので、楷書で正確に記入してください。電算処理をされている場合は、印刷のかすれ等に御注意願います。

医療機関コードや振込口座等が変更になった場合は届出が必要です。担当まで御連絡ください。

【記入例】

様式第 3 号

1 枚中

1 枚目

子ども医療費助成金請求書

(宛先) 旭川市長

平成 29 年 9 月 5 日

平成29年8月分子ども医療費及び取扱い手数料として、次のとおり請求します。

医 療 機 関 コ ー ド	0 1 2 3 4 5 6
医 療 機 関 等 の 所 在 者 号 地 名 ・ 電 話 番 号 氏 名	旭川市永山1条1丁目1番1号 北海病院 北海 太郎 電話 2 6 — 1 1 1 1



保 険 給 付	件 数	診療報酬請求点数 10割又は限度額	請求額 計算方法	保 険 自 己 負 担 額	一 部 負 担 金	医 療 費 請 求 額	事 務 費 請 求 額
7割	2 件	206,482 点	× 3	619,446 円	98,650 円	520,796 円	
8割	2 件	2,151 点	× 2	4,302 円		4,302 円	
限 度 額	3 件	73,512 円	× 1		1,356 円	72,156 円	
育成医療・結核・ 精神自己負担額	1 件						
計	7 件			623,748 円	100,006 円	597,254 円	1,512 円

(内 訳)

診 療 年 月	受 給 者 番 号	患 者 氏 名	診 療 区 分	保 険 給 付 7 割	保 険 給 付 8 割	限 度 額	育成医療・ 結核・精神 自己負担額	一 部 負 担 金	初 ・ 課	備 考
2 9 ・ 8	1127372	旭 川 太 郎	入 ・ 外	41,050				41,050	初 ・ 課	
2 9 ・ 8	0925222	北 海 花 子	入 ・ 外	165,432				57,600	初 ・ 課	
2 9 ・ 8	1610054	春 川 二 郎	入 ・ 外			35,400			初 ・ 課	
2 9 ・ 8	0511162	夏 山 みどり	入 ・ 外			35,400			初 ・ 課	
2 9 ・ 8	1020783	秋 野 空	入 ・ 外			2,712		1,356	初 ・ 課	
2 9 ・ 8	1510650	冬 野 雪 子	入 ・ 外		1,724				初 ・ 課	580
2 9 ・ 8	1311281	朝 日 川 子	入 ・ 外		427				初 ・ 課	
.			入 ・ 外						初 ・ 課	

~~~~~ (略) ~~~~~

|     |  |        |           |         |          |   |           |     |
|-----|--|--------|-----------|---------|----------|---|-----------|-----|
| ・   |  |        | 入・外       |         |          |   |           | 初・課 |
| 計   |  | 件 数    | 件         | 件       | 件        | 件 |           |     |
|     |  | 点数又は金額 | 点         | 点       | 円        | 円 | 円         |     |
| 累 計 |  | 件 数    | 2 件       | 2 件     | 3 件      | 件 |           |     |
|     |  | 点数又は金額 | 206,482 点 | 2,151 点 | 73,512 円 | 円 | 100,006 円 |     |

当様式の内容を満たしており、記載箇所が同様であればこの用紙での請求によらなくてもかまいません。

【記載要領】

- 1 「 枚中 枚目」，請求年月日，「 年 月分」，医療機関コード，医療機関等の所在地・名称・開設者氏名及び電話番号を記入し，請求印を必ず押印してください。
- 2 「内訳」は，診療（調剤）報酬明細書 1 枚につき 1 行を用い記入してください。1 枚に 2 0 件分記入できます。

| 記入欄               | 記 載 要 領                                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 件数                | 内訳の1行が1件となります。内訳の件数を「7割」,「8割」,「限度額」,「育成医療・結核・精神」に分けて記入してください。                              |
| 診療報酬請求総点数10割又は限度額 | 内訳の点数(「限度額」は金額)を「7割」,「8割」,「限度額」に分けて記入してください。柔整は点数を円と読み替えてください。                             |
| 保険自己負担額           | 総点数に、7割については「3」を、8割については「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。柔整は窓口負担額総額を記入してください。 |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一部負担金               | 内訳の一部負担金を保険給付「7割」,「8割」,「限度額」,「育成医療・結核・精神」に分けて記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 医療費請求額              | 「保険自己負担額」－「一部負担金」又は「診療報酬請求総点数10割又は限度額」－「一部負担金」の額を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                               |
| 事務費請求額              | 「総件数」×「200 円に消費税等相当額を加算した額」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。）。                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>内訳欄</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 診療年月                | 同じ診療年月であっても,「〃」とせずに「〇年〇月」と記入してください。<br>月遅れ請求がある場合でも, 当月分としてまとめて記入できますが, 実際の診療年月を記入してください（請求書は診療年月ごとに複数枚にしないでください。）。                                                                                                                                                                                      |
| 受給者番号               | 7桁の受給者番号を記入してください（可能であれば受給者番号順でお願いします。）。                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 患者氏名                | 受給者証の対象者氏名を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 診療区分                | 入院・外来区分は, 該当するものを○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 保険給付7割,<br>保険給付8割   | 区分毎にレセプトの総点数を記入してください。柔整の場合は総額（円）を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 限度額                 | 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についてのみ, 自己負担限度額（高額療養費が生じなかった場合については, 2割又は3割の自己負担額）を記入してください。                                                                                                                                                                                                           |
| 育成医療・結核・<br>精神自己負担額 | 育成医療については, 患者負担として請求する金額を記入してください。なお, 結核・精神においては公費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点数から公費該当点数を差し引いた点数の3割又は2割相当額を合算し記入してください。                                                                                                                                                                                 |
| 一部負担金               | 「子初」については, 空欄又は0を記載し,「子課」については, 1割相当額を徴収したときはその金額を記入してください。この場合, 一部負担金の額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, 一部負担金には入院 57,600 円（注1）, 外来 14,000 円（注2）の限度額があります。なお, 柔整は総額の1割に端数が生じた場合は, 1円未満を切り上げます。（注1 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2 8月から翌7月までの1年間の通院のみ上限額 144,000 円） |
| 初・課                 | 初・課のうち該当するものを○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 備考                  | ・「子初」の場合のみ, レセプトの「初診回数」×医科580, 歯科510を記載してください（小学生通院と中学生を除く）。なお,「初診」で医科580, 歯科510に満たない場合は, 満たない額を記載してください。また, 柔整には初診時一部負担金はありません。<br>・薬局における同一月, 同一受給者の請求については, 処方箋発行の医療機関名を記入してください。                                                                                                                     |
| 計                   | 請求書が2枚以上にわたるときのみ記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 累計                  | 区分ごとの件数, 点数又は金額を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                |



子ども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 7 条通 10 丁目 旭川市役所第二庁舎 5 階

子育て支援部子育て助成課（子ども医療費助成担当）

電話 2 5 - 6 4 4 6（直通）