医療機関向けマニュアル

旭川市子ども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　（医科入院外）　・・・・・・・・・・・・・・・　５
（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

<table>
<tr><td>区 分</td><td>３歳未満の子</td><td>３歳以上の子から中学生</td></tr>
<tr><td rowspan="2">通院
（調剤含む）</td><td rowspan="4">患者窓口負担
なし</td><td>【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</td></tr>
<tr><td>【市民税非課税世帯】患者窓口負担なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院</td><td>【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</td></tr>
<tr><td>【市民税非課税世帯】患者窓口負担なし</td></tr>
<tr><td>指定訪問看護</td><td colspan="2">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）</td></tr>
</table>

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。

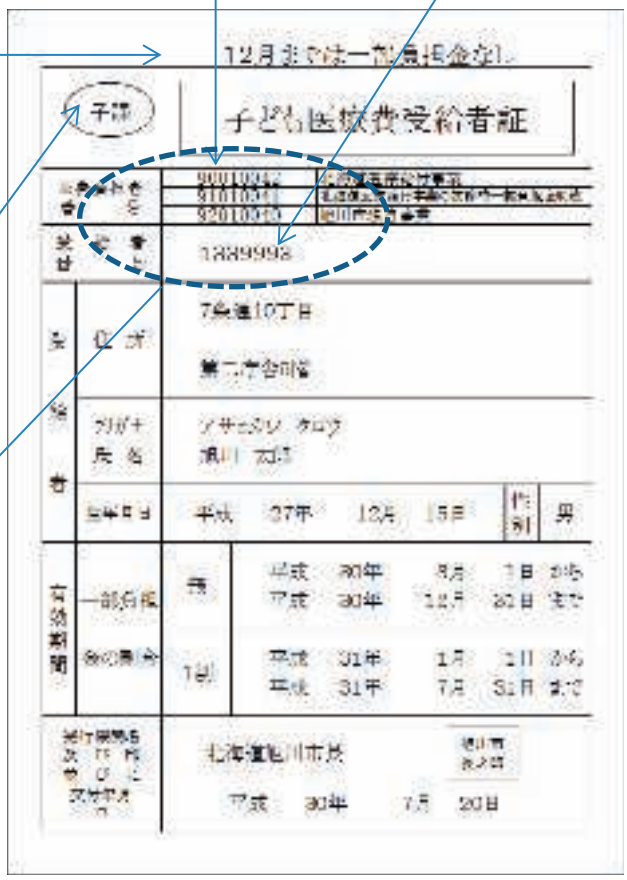
負担区分を記載されています。

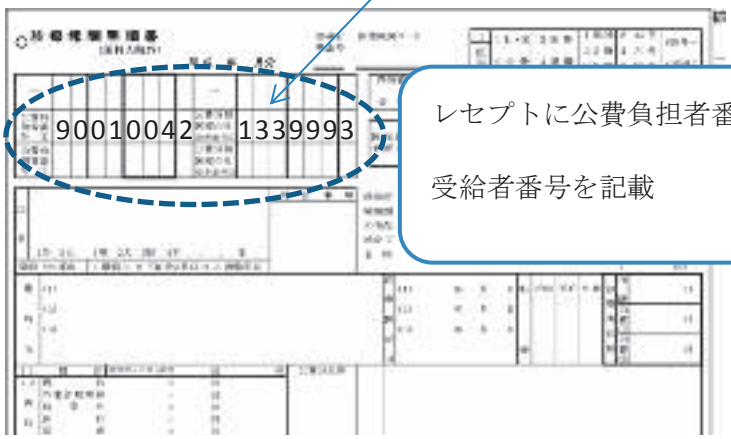
子初 の場合患者窓口負担はありません。

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。





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

<table>
<tr><th>受給者証
区　　分</th><th>子ども
の年齢</th><th>受診
形態</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①
負担金の記載</th><th>記載例</th></tr>
<tr><td rowspan="6">子初</td><td>０歳から
３歳未満</td><td>入院
通院</td><td rowspan="6">なし</td><td rowspan="3">【初診料算定時】
①９００１００４２
②９１０１００４１
【再診】
①９００１００４２</td><td rowspan="3">【初診料算定時】
３者併用
【再診】
２者併用</td><td rowspan="3">【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。</td><td>医科①②⑥⑦
歯科①②
調剤①</td></tr>
<tr><td>３歳から
就学前</td><td>入院
通院</td><td>医科①②⑥⑦
歯科①②
調剤①</td></tr>
<tr><td>小学生</td><td>入院</td><td>医科⑥⑦</td></tr>
<tr><td>小学生</td><td>通院</td><td rowspan="2">①９２０１００４０</td><td rowspan="2">２者併用</td><td rowspan="2">記載は必要ありません。</td><td>医科③
歯科③
調剤②</td></tr>
<tr><td>中学生</td><td>入院
通院</td><td>医科③⑧
歯科③
調剤②</td></tr>
<tr><td rowspan="4">子課</td><td>３歳から
就学前</td><td>入院
通院</td><td rowspan="4">医療費の１割相当額
入院 57,600 円限度
通院 18,000 円限度</td><td>①９００１００４２</td><td rowspan="4">２者併用</td><td rowspan="4">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。</td><td>医科④⑨
歯科④
調剤③</td></tr>
<tr><td>小学生</td><td>入院</td><td>医科⑨</td></tr>
<tr><td>小学生</td><td>通院</td><td rowspan="2">①９２０１００４０</td><td>医科⑤
歯科⑤
調剤④</td></tr>
<tr><td>中学生</td><td>入院
通院</td><td>医科⑤⑩
歯科⑤
調剤④</td></tr>
</table>

北海道と旭川市の医療費助成内容（公費負担者番号９０，９１，９２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>市民税課税世帯の３歳以上の子</th><th>３歳未満の子と市民税非課税世帯</th></tr>
<tr><td>90 北海道医療給付事業の基準</td><td rowspan="2">就学前：入院と通院
小学生：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>91 上記のうち初診時一部負担金助成（旭川市独自助成）</td><td>－</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>
<tr><td>92 旭川市独自の医療費助成</td><td>小学生：通院
中学生：入院と通院</td><td>総医療費の１割（月額上限あり）</td><td>患者窓口負担なし</td></tr>
</table>

【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，ご留意ください。

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⑴から⑹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。

⑴　北海道歯科医師国保組合（保険者番号　０１３０１１）
⑵　北海道薬剤師国保組合　（保険者番号　０１３０２９）
⑶　北海道医師国保組合　　（保険者番号　０１３０３７）
⑷　北海道建設国保組合　　（保険者番号　０１３０４５）
⑸　全国土木建築国保組合　（保険者番号　１３３０３３）
⑹　全国建設工事業国保組合（保険者番号　１３３２９８）

様式第二(二)

○診療報酬明細書
（医科入院外）

平成　年　月分

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号 90010042 ＊＊＊＊＊＊＊
公費負担者番号 91010041 ＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

≪医科記載例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
● 「一部負担金額」欄：５８０円 と記載
※月中に初診料が複数回ある場合は580円×回数
　2割の金額が580円に満たない場合は２割の金額（1円単位）

700

580

様式第二(二)

○診療報酬明細書
（医科入院外）

平成　年　月分

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号 ① 90010042

公費負担医療の受給者番号 ＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

≪医科記載例②≫

＊　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　（再診時）

【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

● 「一部負担金額」欄：記載なし

保険	700		
公費			
公費			

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、記入しないこと。

○診療報酬明細書
（医科入院外）

平成　年　月分

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号①　92010040

公費負担医療の受給者番号①　＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

≪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

請求点　700

○診療報酬明細書
（医科入院外）

平成　年　月分

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号①　9001004 2

公費負担医療の受給者番号　＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

≪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

700

700

○診療報酬明細書
（医科入院外）

平成　年　月分

子ども医療費受給者番号を記載

公費負担者番号 ① 92010040　公費負担医療の受給者番号 ＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

≪医科記載例⑤≫

- ＊　受給者証区分　子課
- ＊　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×２割　＝１，４００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

請求点	公費1	公費2	一部負担金額
700			700

≪医科記載例⑥≫

- ＊　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　（初診料算定時）

【医療費内訳】

全体の医療費（１０割）が２００，０００円とすると…

	（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

- ● 患者窓口負担：なし
- ●「負担金額」欄：５８０円 と記載

※月中に初診料が複数回ある場合は580円×回数

○診療報酬明細書
（歯科入院）

平成　年　月分

子ども医療費受給者番号を記載

90010042

＊＊＊＊＊＊＊

該当する公費負担者番号を記載

≪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…

	（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

● 患者窓口負担：なし

●「負担金額」欄：記載なし

20,000

○診療報酬明細書
（歯科入院）

平成　年　月分

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

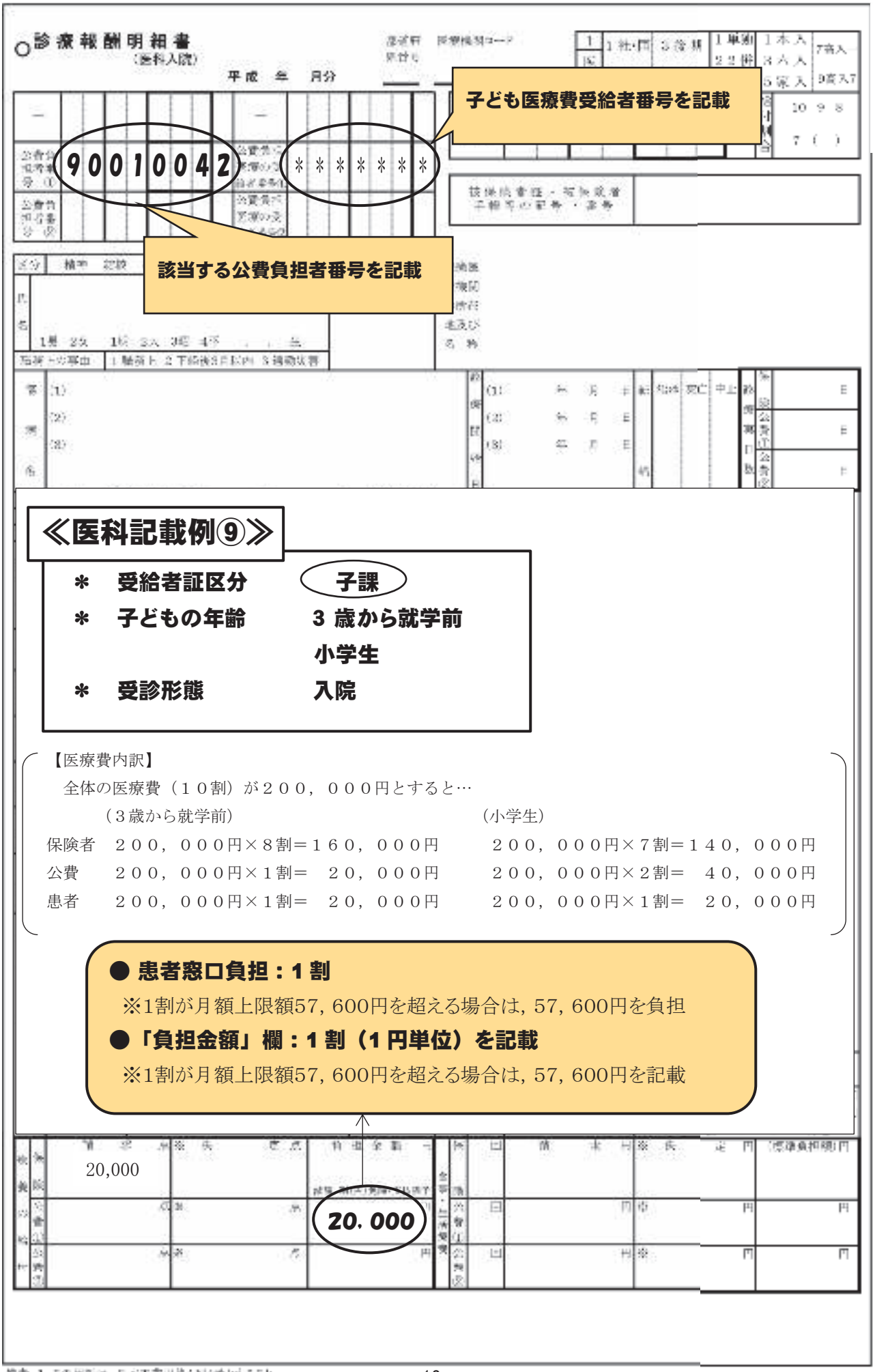
≪医科記載例⑧≫

＊　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



≪医科記載例⑨≫

- ＊　受給者証区分　子課
- ＊　子どもの年齢　3 歳から就学前
  小学生
- ＊　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…

	（３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×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**
  ※1割が月額上限額57，600円を超える場合は，57，600円を負担
- **「負担金額」欄：１割（１円単位）を記載**
  ※1割が月額上限額57，600円を超える場合は，57，600円を記載

○診療報酬明細書
（歯科入院）

平成　年　月分

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

≪医科記載例⑩≫

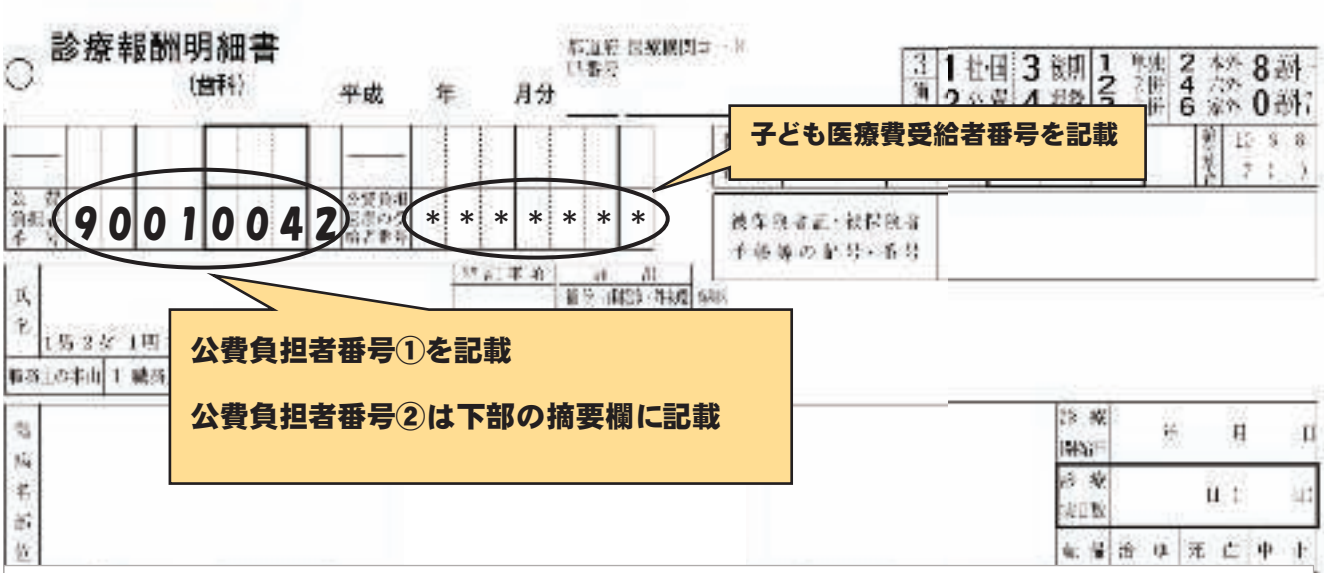
＊　受給者証区分　子課
＊　子どもの年齢　中学生
＊　受診形態　入院

【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×２割＝　４０，０００円
患者　２００，０００円×１割＝　２０，０００円

● **患者窓口負担：１割**
※1割が月額上限額57，600円を超える場合は，57，600円を負担
● **「負担金額」欄：１割（１円単位）を記載**
※1割が月額上限額57，600円を超える場合は，57，600円を記載

20,000

20，000

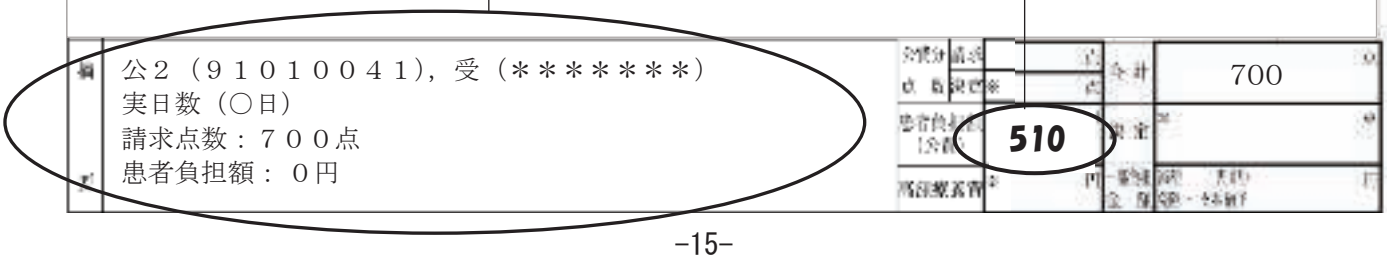


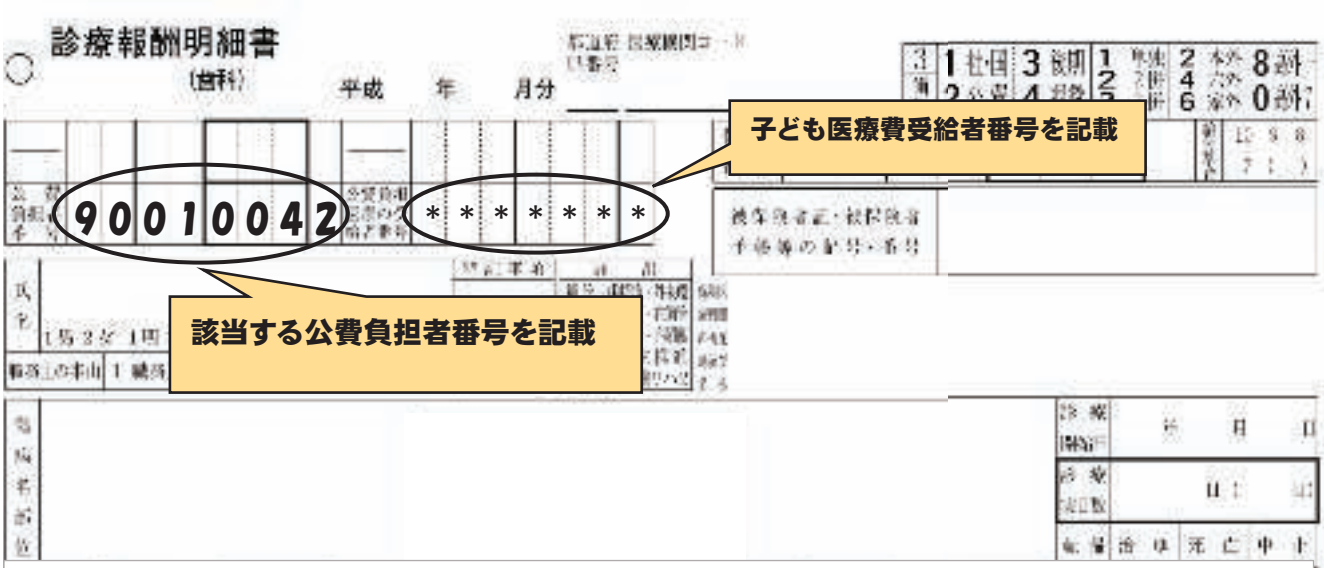
≪歯科記載例①≫

- ＊ 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



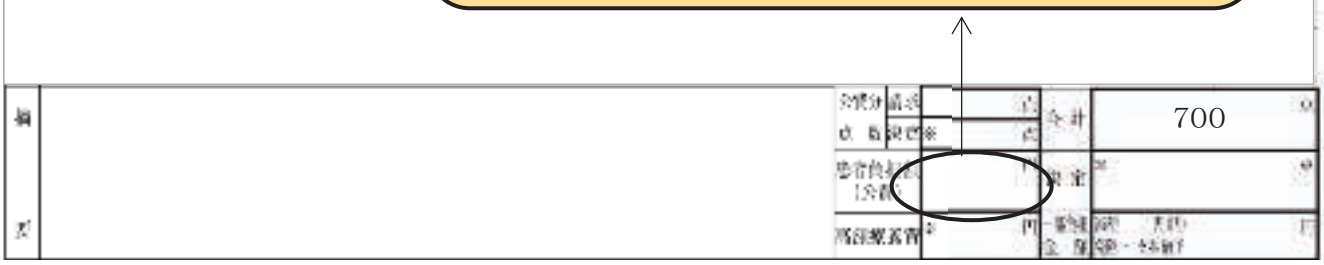


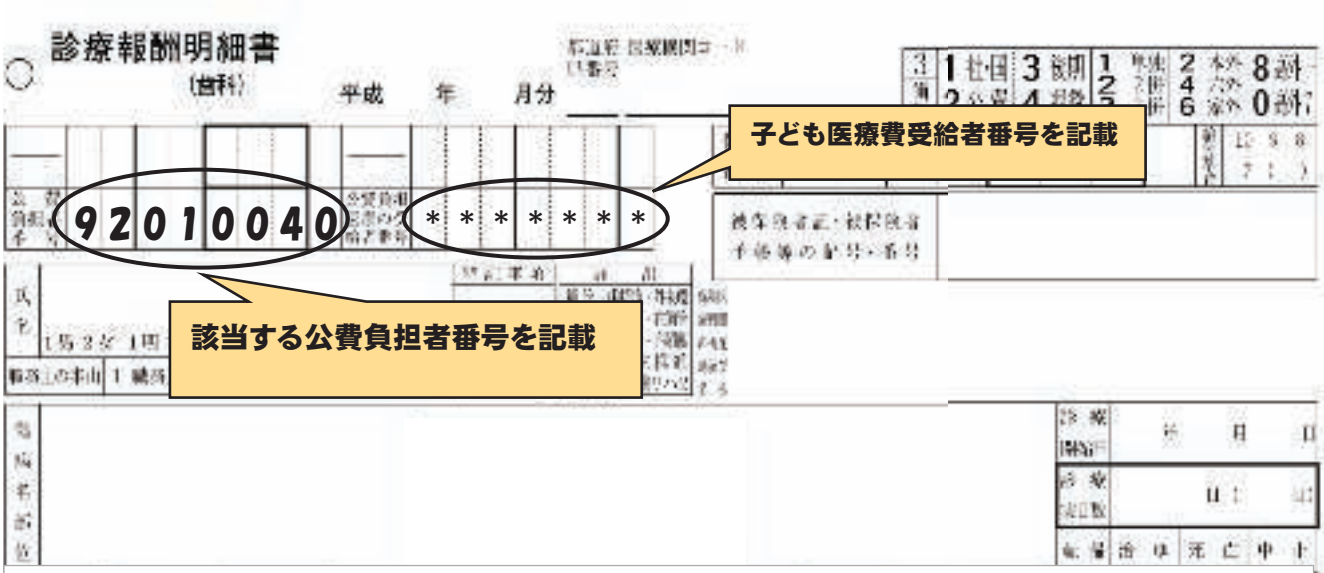
≪歯科記載例②≫

- ＊ 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（再診時）

【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：記載なし



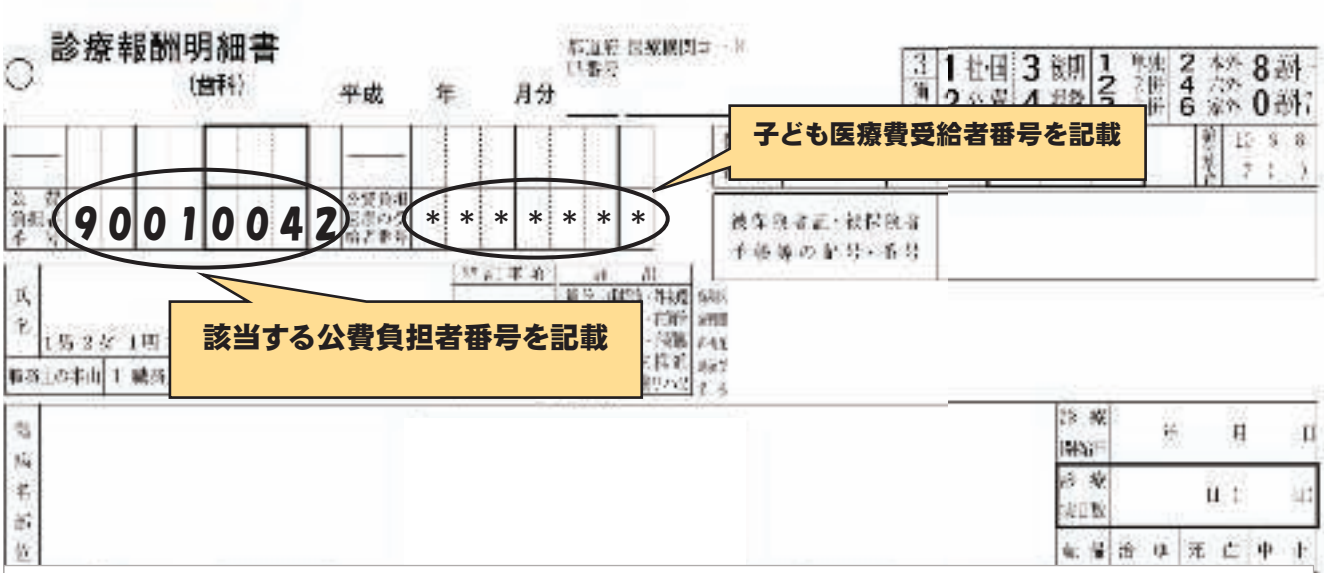


≪歯科記載例③≫

- ＊　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

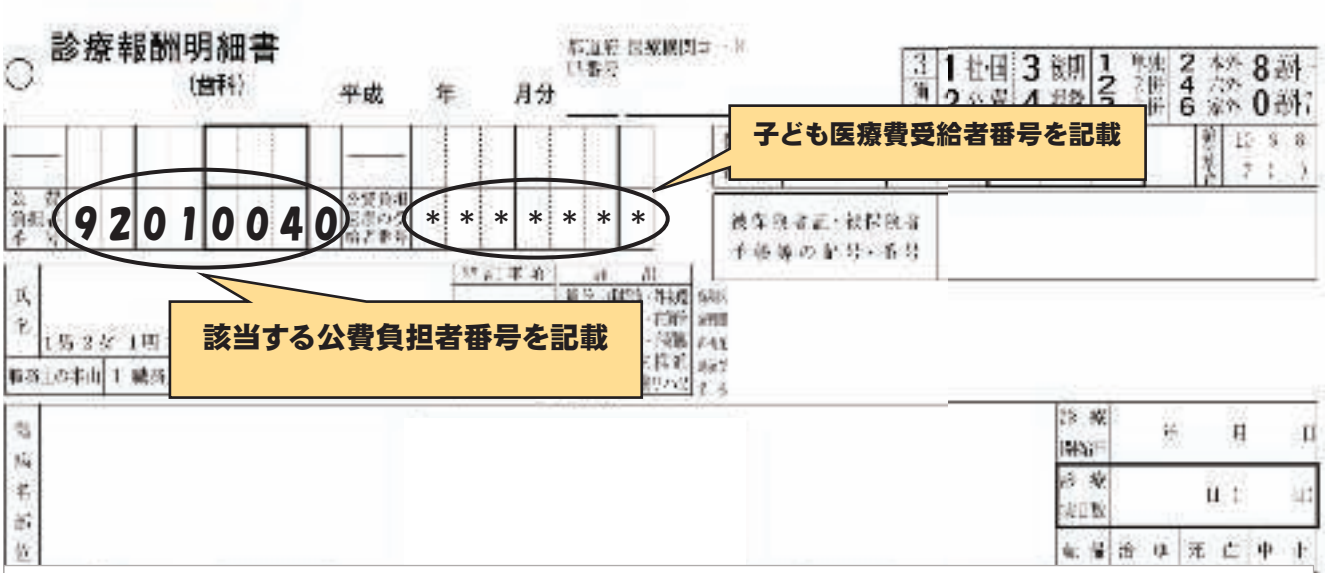


≪歯科記載例④≫

- ＊ 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



≪歯科記載例⑤≫

- ＊　受給者証区分　　子課
- ＊　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×２割　＝１，４００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

様式第五

○ 調剤報酬明組書

平成　　年　　月分

子ども医療費受給者番号を記載

9 0 0 1 0 0 4 2

＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊

該当する公費負担者番号を記載

≪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

● 「一部負担金額」欄：記載なし

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．金額の欄は、記入しないこと。

様式第五

○ 調剤報酬明組書

平成　　年　　月分

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

≪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

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．※印の欄は、記入しないこと。

様式第五

○ 調剤報酬明細書

平成　　年　　月分

子ども医療費受給者番号を記載

9 0 0 1 0 0 4 2

＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊

該当する公費負担者番号を記載

≪調剤記載例③≫

＊　受給者証区分　　子課

＊　子どもの年齢　　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

保険	700					
公費(1)			700			
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．金額の欄は，記入しないこと。

様式第五

○ 調剤報酬明細書

平成　　年　　月分

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

≪調剤記載例④≫

＊　受給者証区分　　子課

＊　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円×７割　＝４，９００円

公費　　７，０００円×２割　＝１，４００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

保険	700					
公費①			700			
公費②						

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

平成２９　年　９　月　５　日

（宛先）旭川市長

医療機関コード	０１２３４５６
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号	旭川市永山１条１丁目１番１号 北海病院　北海　太郎　（北海 印） 電話　２６ ― １１１１

平成２９　年　８　月分子ども医療費及び取扱手数料として，次のとおり請求します。

保険給付	件数	診療報酬請求総点数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	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	件			円	円	円	
計	7 件			623,748 円	100,006 円	597,254	1,512

（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
２９・８	1127372	旭川　太郎	(入)・外	点 41,050	点	円	円	円 41,050	初・(課)	
２９・８	0925222	北海　花子	(入)・外	165,432				57,600	初・(課)	
２９・８	1610054	春川　二郎	(入)・外			35,400			(初)・課	
２９・８	0511162	夏山　みどり	(入)・外			35,400			(初)・課	
２９・８	1020783	秋野　空	入・(外)			2,712		1,356	初・(課)	
２９・８	1510650	冬野　雪子	入・(外)		1,724				(初)・課	580
２９・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２０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。)。
内訳欄	
診療年月	同じ診療年月であっても,「〃」とせずに「○年○月」と記入してください。 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, 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・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。 ・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２５－６４４６（直通）