

札幌市保険医療部保険企画課
第1182号
平成30年(2018年)7月13日

医療機関各位

札幌市保険医療部保険企画課

北海道医療給付事業(重度心身障がい者・ひとり親・子ども)に係る
レセプト併用化に伴う医療費請求方法の変更について(補足)

日頃より、札幌市の医療助成事業に対し、特段の御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、北海道保健福祉部長より、北海道医療給付事業において平成30年8月診療分からレセプト併用化を実施する旨及び、レセプト併用化の実施に伴う医療費請求方法の変更点について通知やチラシ等にて示されているところです。

しかしながら、この通知等は、北海道の基準で作成されているため、各市町村で独自に助成対象や範囲の拡大・患者窓口負担額を更に軽減している部分についての記載がありません。

つきましては、本市における独自の取扱いや特にご注意いただきたい事柄について、別紙1のとおり補足いたしますので、事務取扱について御協力をお願い申し上げます。

なお、平成30年8月診療分以降の具体的なレセプト請求方法(作成・計算事例)等の北海道内全市町村共通事項については記載しておりませんので、社会保険診療報酬支払基金北海道支部並びに北海道国民健康保険団体連合会のホームページにてご確認ください。本市ホームページにおいても、レセプト併用化後の本市医療助成事業に係る医療費請求方法の詳細について更新していく予定でありますので、適宜御参照ください。

また、医療助成事業がレセプト併用化され他の公費と併用が可能となることに伴い、平成30年8月診療分以降、特定医療費(指定難病)、小児慢性特定疾病、自立支援医療等の他公費に係る自己負担上限額管理票の記載について別紙2のとおり注意が必要となります。指定医療機関等の皆様におかれましては、こちらについてもあわせて御協力をお願い申し上げます。

連絡先

- ① 医療助成事業に関すること
札幌市役所保険企画課医療助成係
(TEL: 011-211-2960)
- ② 特定医療費(指定難病)等、
小児慢性特定疾病に関すること
札幌市保健所健康企画課難病医療係
(TEL: 011-622-5153)
- ③ 育成医療に関すること
札幌市保健所健康企画課母子保健係
(TEL: 011-622-5151)
- ④ 更生医療・精神通院医療に関すること
札幌市役所障がい福祉課精神保健・医療福祉係
(TEL: 011-211-2936)

※ 上記以外の公費負担医療については、該当公費を所管する部局へお問い合わせ願います。

札幌市医療費助成事業（重度心身障がい者・ひとり親・子ども）に係る
レセプト併用化に伴う医療費請求方法の変更について（補足）

- 1 札幌市子ども医療費受給者証が適用できる範囲の変更について
平成30年8月診療分より、札幌市子ども医療費受給者証が適用できる範囲が札幌市内から北海道内に拡大されます。（北海道内の市町村で発行された受給者証は、道内全ての医療機関で適用（公費負担医療としてレセプト請求）できるようになります。）
- 2 北海道内訪問看護ステーションにおける札幌市子ども医療費助成の取扱いについて
平成30年8月診療分より、北海道内の訪問看護ステーションで札幌市子ども医療費受給者証が適用（公費負担医療としてレセプト請求）できるようになります。
- 3 国公費との併用について
平成30年8月診療分より、医療費助成の受給者証と全ての国公費負担医療の受給者証（特定医療費（指定難病）、小児慢性特定疾病等）の併用が可能となります。
なお、国公費の方が優先されるため、国公費適用後の自己負担額が医療費助成の対象となります。
- 4 札幌市の公費負担者番号について
有効期間が平成30年8月1日からの医療費助成の受給者証に印字する公費負担者番号は、各制度ひとつとします。北海道医療給付事業の公費負担者番号は、各制度3種（北海道基準・北海道基準の拡大助成・市町村独自助成）あり、医療機関側でどの番号を使用するか判断することとなっておりましたが、レセプトには受給者証に印字されている一律下記の番号をご記載ください。

制度	公費負担者番号（平成30年8月から新設）
重度心身障がい者	47014006
ひとり親家庭等	95014007
子ども	92014000

- 5 受給者番号について
有効期間が平成30年8月1日からの医療費助成の受給者証に印字する受給者番号が新しくなります。既に旧受給者番号で資格をお持ちの方へは、新しく付番し直した受給者証を交付します。平成30年8月診療分以降の請求を行う際、レセプトには新受給者番号をご記載ください。

制度	旧受給者番号 （平成30年7月まで）	新受給者番号 （平成30年8月から）
重度心身障がい者	アルファベットを含む7桁	数字7桁
ひとり親家庭等	カタカナを含む7桁	
子ども	8桁（小中学生はアルファベットを含む）	

6 受給者証左上に印字する区分と受給者の一部負担金について
これまでと変更はありません。下記表のとおりです。

制度	証の色	助成対象	一部負担金の区分	一部負担金
重度心身障がい者 (65歳未満)	みどり色	入通院 ※精神障がい者の方は 通院のみ	障初もしくは障課	【障初、老初、親初、子初】 入通院とも初診時一部負担金 医科 580円 歯科 510円 【障課、老課、親課、子課】 医療機関ごと(薬局は処方箋を発行した病院 ごと) 総医療費の1割 ※次の自己負担上限額あり 通院 3,000円/月(院内処方時6,000円/月) 入院 57,600円/月(多数回該当時44,400円/月)
重度心身障がい者 (65歳以上)			老初もしくは老課	
ひとり親	うすだいだい色	・親 入院のみ ・子 入通院	親初もしくは親課	
子ども (小学2年生～中学生)	水色	入院のみ	子初もしくは子課	
子ども (小学1年生まで)	桃色	入通院	表示なし	入通院とも初診時一部負担金 医科 580円 歯科 510円

◇全制度区分に関係なく訪問看護療養費も助成対象です。一部負担金は、訪問看護ステーションごとに療養費の1割(1ヶ月3,000円限度)となります。

7 その他注意事項

- ① 平成30年7月診療分以前については、本市指定の様式を用いて請求をあげていただいていたため、本市へ直接請求書及び明細書等の注文をいただいていたが、平成30年8月診療分以降はレセプト請求となるため、この注文が不要となります。
- ② 平成30年7月診療分以前について月遅れ請求等をされる場合は、従来と通りの方法でレセプトとは別に本市指定の様式を用いて請求をあげてください。その際、平成30年8月診療分以降が含まれていた場合は一律返戻となりますので御注意ください。
- ③ 平成30年7月診療分までの医療費の支払は本市が直接行いますが、平成30年8月診療分以降の医療費の支払は社会保険診療報酬支払基金北海道支部及び北海道国民健康保険団体連合会(以下、「審査支払機関」という。)に委託しているため、各種通知書や支払日が異なりますので御注意ください。
また、子ども医療費助成においては、併用レセプト化に伴い本市の事務処理の流れが変わりますので、平成30年7月以前診療分について9月以降に月遅れ請求があった場合、本市からの月遅れ分の支払は、これまでの支払日より数週間遅れますので御承知置きください。
- ④ 平成30年8月診療分以降の医療費の支払は、審査支払機関にご登録いただいている口座へのお振込となりますので、本市への口座の届出は不要となります。

⑤ 平成 30 年 8 月診療分以降の返戻依頼は、基本的には審査支払機関へ行っていただくこととなります。(本市への御連絡は不要です。)ただし、医療助成の自己負担額誤り等の医療助成に係る返戻依頼の場合は、本市でも受付可能です。

⑥ レセプト単位で取り扱う必要があるため、同月内で、医療費助成を適用させる扱いと、自己負担額を患者から徴収する扱いとを混ぜないでください。月の途中で医療費助成の受給者証を確認した等の理由により、受給者に対し徴収済みの自己負担分を払い戻しする場合は、受給者の住所区の区役所福祉助成係へ電話し、ご本人が区役所で払い戻しのお手続きをしていないことをご確認願います。

8 参考 (他石狩管内市町村等の受給者証書に印字される公費負担者番号一覧)

北海道医療助成事業 (乳幼児・重度・ひとり親医療) に係る公費負担者番号一覧 (石狩管内市町村等)

受給者証発行元	乳幼児・子ども医療	重度心身障がい者医療	ひとり親家庭等医療
石 狩 市	92010629	47010525	95010526
恵 庭 市	92010313	47010319	95010310
江 別 市	92010172	47010178	95010179
北 広 島 市	90010513	45010519	93010510
	91010512	46010518	94010519
	92010611		
新 篠 津 村	90010547	45010543	93010544
千 歳 市	92010248	47010244	95010245
当 別 町	90010539	45010535	93010536
	91010538	46010534	94010535
	92010537		
小 樽 市	92010032	47010038	95010039

- ◇ 平成30年8月診療分以後の医療助成費をご請求いただく際には、レセプトに公費負担者番号・受給者番号を記載する必要があります。番号は、必ず受給者証を確認して記載するようお願いいたします。
- ◇ 受給者の自己負担額は、市町村によって異なる場合があります。受給者証の裏面等をご確認のうえ請求くださいますようお願いいたします。

9 お問い合わせ先

◇ 医療費助成事業の内容及び受給者情報の照会や平成 30 年 7 月診療分までの請求及び支払に関すること

⇒ ○ 札幌市役所保険企画課医療助成係

<http://www.city.sapporo.jp/hoken-iryo/iryojosei/seikyu.html>

TEL 011-211-2960 Fax 011-218-5182

◇ 平成 30 年 8 月診療分以降の具体的なレセプト請求方法 (作成・計算事例) について

⇒ ○ 社会保険診療報酬支払基金北海道支部

http://www.ssk.or.jp/jigyonaio/chitan/jutaku/01_hokkaido.html

TEL 011-241-8191 Fax 011-271-4505

○ 北海道国民健康保険団体連合会

<http://www.hokkaido-kokuhoren.or.jp/hotnews/category/4.html>

TEL 011-231-5161 Fax 011-233-2178 011-231-6676

○受給者証新レイアウト（有効期限がH30.8.1以降のもの）

札幌市

変更点

【子ども】記号欄を無くし、公費負担者番号を新設。新受給者番号を記載。

【重度・ひとり親】市町村番号欄を無くし、公費負担者番号を新設。新受給者番号を記載。

小学1年生まで（桃色）

小学2年生～中学生まで（水色） 左上区分に予初もしくは予課を印字

札幌市子ども医療費受給者証	
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担者 番号	92014000
受給者 番号	X X X X X X X X
対象者	氏 名 生年月日 年 月 日生
保護者	住 所 氏 名
発行機関名 及 び 印	札幌市長 公印 XXXXXXXX
交付年月日	平成 年 月 日

札幌市子ども医療費受給者証	
有効期間	※ 入 院 の み 助 成 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担者 番号	92014000
受給者 番号	X X X X X X X X
対象者	氏 名 生年月日 平成 年 月 日生
保護者	住 所 氏 名
発行機関名 及 び 印	札幌市長 公印 XXXXXXXX
交付年月日	平成 年 月 日

みどり色 左上区分に障初、障経、老初、老経のいずれかを印字

うすだいだい色 左上区分に親初もしくは親課を印字

重度心身障がい者医療費受給者証	
公費負担者 番号	47014Q06
受給者 番号	X X X X X X X X
住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
発行機関名 及 び 印	北海道 札幌市長 公印 XXXXXXXX
交付年月日	平成 年 月 日

ひとり親家庭等 医療費受給者証	
公費負担者 番号	95014007
受給者 番号	X X X X X X X X
受給者	住 所 氏 名 生年月日 年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名 及 び 印	北海道 札幌市長 公印 XXXXXXXX
交付年月日	年 月 日

特定医療費（指定難病）、小児慢性特定疾病
における指定医療機関等の皆様

このご案内に関する問合せ先

札幌市保健所健康企画課難病医療係

TEL: 011-622-5153 (直通)

札幌市医療費助成事業（重度心身障がい者・ひとり親・子ども）に係る レセプト併用化に伴う指定難病等の自己負担上限額管理票の記載について

このたび併用レセプトでの請求が可能となった札幌市重度心身障がい者・ひとり親・子ども医療費助成（以下、「医療費助成」という。）と、指定難病等（下表の対象公費）の受給者証を複数提示された場合に、指定難病等の自己負担上限額管理票（以下、「管理票」という。）の記載にあたり、下記の注意が必要となります。

指定難病等の 対象公費 (法別番号：実施機関)	1 特定医療費（指定難病）（54：札幌市） 2 小児慢性特定疾病医療（52：札幌市） 3 特定疾患治療研究事業（51：北海道） 4 肝炎治療特別促進事業（38：北海道）
注意事項	管理票には、医療費助成適用後の実際の負担額ではなく、 指定難病等を適用した時点の自己負担額を記載します（下例参照）。

例 1 同一病院の受診例（1日目に上限額到達）

<条件等>

- ・「特定医療費（指定難病）（上限額 5,000 円）」と「重度心身障がい者医療費助成（小学1年生以下）」の併用
- ・1月に同医療機関へ2回受診（1日目が初診）した記載例

診療日	医療費総額	一部負担（指定難病）	一部負担（重度医療）
1 日目	30,000 円	5,000 円	580 円
2 日目	30,000 円	0 円	0 円

<上限額管理票の記載>

管理票に記載する自己負担額

日付	指定医療機関名	総医療費(10割分)		自己負担額		確認印
		今回額	累積額	今回額	累積額	
6/4	◎◎◎病院	30,000 円	30,000 円	5,000 円	5,000 円	印
6/15	◎◎◎病院*	30,000 円	60,000 円			印

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
6/4	◎◎◎病院	印

窓口での実際の
患者自己負担額

※管理票には、自己負担上限額に達した後も、医療費総額が 50,000 円を超えるまで記載します。

<誤った記載例> 上例で、誤って1日目に重度医療助成後の金額を記載してしまった場合

日付	指定医療機関名	総医療費(10割分)		自己負担額		確認印
		今回額	累積額	今回額	累積額	
6/4	◎◎◎病院	30,000 円	30,000 円	580 円	580 円	印

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

自己負担上限額に達していないように見えるため、次に別の病院にかかった場合に、不要な自己負担額が発生してしまうおそれがあります。

例 2 病院と薬局の受診例（1日目に上限額到達）**<条件等>**

- ・例1と同条件の受給者証の所持者
- ・1月にA病院とB薬局に下記のように受診した場合の記載例（1日目のA病院は初診）

診療日	医療費総額	一部負担（指定難病）	一部負担（重度医療）	実際の自己負担額
1日目（A病院）	30,000円	5,000円	580円	580円
2日目（B薬局）	30,000円	0円	0円	0円
3日目（A病院）	30,000円	0円	0円	0円

<上限額管理票の記載>

例1同様、管理票には、
指定難病分の金額を記載

1日目に上限額に達しているため、
B薬局での自己負担額は0円

日付	指定医療機関名	総医療費（10割分）		自己負担額		確認印
		今回額	累積額	今回額	累積額	
6/4	A病院	30,000円	30,000円	5,000円	5,000円	印
6/5	B薬局※	30,000円	60,000円			印

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

※管理票には、自己負担上限額に達した後も、医療費総額が50,000円を超えてまで記載します。

日付	指定医療機関名	確認印
6/4	A病院	印

例 3 複数病院の受診例（1日目は医療費助成の自己負担額が低く、2日目は小児慢性特定疾病医療の自己負担額が低い場合）**<条件等>**

- ・「小児慢性特定疾病医療受給者証（上限額5,000円）」と「子ども医療受給者証（小学1年生以下）」の併用
- ・1月に複数医療機関に下記のように受診した場合の記載例（1日目のA病院及びB病院は初診）

診療日	医療費総額	一部負担（指定難病）	一部負担（子ども医療）	実際の自己負担額
1日目（A病院）	24,000円	4,800円	580円	580円
2日目（B病院）	24,000円	200円	580円	200円
3日目（A病院）	24,000円	0円	0円	0円

<上限額管理票の記載>

例1同様、管理票には、
指定難病分の金額を記載

窓口での実際の自己負担額は、
より低額となる制度を適用

日付	指定医療機関名	総医療費（10割分）		自己負担額		確認印
		今回額	累積額	今回額	累積額	
6/4	A病院	24,000円	24,000円	4,800円	4,800円	印
6/15	B病院	24,000円	48,000円	200円	5,000円	印
6/25	A病院※	24,000円	72,000円			印

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

※管理票には、自己負担上限額に達した後も、医療費総額が50,000円を超えるまで記載します。

日付	指定医療機関名	確認印
6/15	B病院	印

<問合せ先>

札幌市保健福祉局保健所健康企画課難病医療係
札幌市中央区大通19丁目WEST19 2階
TEL 011-622-5153