

番号	医療費助成制度名称	実施	請求方法				公費番号			助成内容			一部負担金 記載単位	制度開始日	制度終了日
			社保	組合	市町村	広域連合	法別	負担者番号	受給者番号	外来・入院	食事療養費	備考			
1	老人医療費	道	併用レセプト		—	41		7桁以下の数字	老人保健法準拠(本人負担有り)			65歳～69歳(通常1割、高所得2割)	1円単位		平成20年4月
2	乳幼児医療費	道	乳幼児医療費請求明細書 (札幌市様式)		—	—	北※※※ (※※※:3桁全角数字)	最大8桁の半角 数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限18000円) 3. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円) 3. 患者負担無	対象外	【助成条件】 1. 0～3歳未満、もしくは 市民税非課税世帯 2. 「1.」以外 3. 市町村で拡大助成している 場合 2. の場合、 外来一年間上限「年間144,000 円」 入院—多数回該当「44,400円」	1円単位			
		道	併用レセプト		—	90	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限18000円) 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円)	対象外	【助成条件】 1. 0～3歳未満、もしくは 市民税非課税世帯 2. 「1.」以外 2. の場合、 外来一年間上限「年間144,000 円」 入院—多数回該当「44,400円」	1円単位	平成19年8月		
		市町村	併用レセプト		—	91	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の 患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の 患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 患者負担無	対象外	【助成条件】 北海道の基準の患者負担額を 各市町村が拡大助成している 為、市町村によって異なります	1円単位	平成19年8月		
		市町村	併用レセプト		—	92	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限14000円) 3. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円)	対象外	【助成条件】 北海道の基準の患者負担額を 各市町村が拡大助成している 為、市町村によって異なります	1円単位	平成19年8月		
3	重度心身障害者医療費	道	重度心身障害者医療費請求書(市町村用)		—	—	※※※■ (※※※市町村コード) (■検証ビット) 半角数字4桁で入力	8桁以下の全角 文字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限18000円) 3. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円) 3. 患者負担無	対象外	【助成条件】 1. 0～3歳未満、もしくは 市民税非課税世帯 2. 「1.」以外 3. 市町村で拡大助成している 場合 2. の場合、 外来一年間上限「年間144,000 円」 入院—多数回該当「44,400円」	1円単位			
		道	併用レセプト			45	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限18000円) 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円)	対象外		1円単位	平成30年8月		
		市町村	併用レセプト			46	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の 患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の 患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 患者負担無	対象外	【助成条件】 北海道の基準の患者負担額を 各市町村が拡大助成している 為、市町村によって異なります	1円単位	平成30年8月		
		市町村	併用レセプト			46	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の 患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の 患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 患者負担無	対象外	【助成条件】 北海道の基準の患者負担額を 各市町村が拡大助成している 為、市町村によって異なります	1円単位	平成30年8月		

		市町村	併用レセプト	47	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限18000円) 3. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円) 3. 患者負担無	対象外	【助成条件】 北海道の基準の患者負担額を各市町村が拡大助成している為、市町村によって異なります	1円単位	平成30年8月	
4	ひとり親家庭等医療費	道	ひとり親家庭等医療費請求書(市町村用)	-	※※※■ (※※※市町村コード) (■検証ビット) 半角数字4桁で入力	8桁以下の全角文字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限18000円) 3. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円) 3. 患者負担無	対象外	【助成条件】 1. 0~3歳未満、もしくは 市民税非課税世帯 2. 「1.」以外 3. 市町村で拡大助成している場合  2. の場合、 外来一年間上限「年間144,000円」 入院-多数該当「44,400円」	1円単位		
		道	併用レセプト	93	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限18000円) 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円)	対象外		1円単位	平成30年8月	
		市町村	併用レセプト	94	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 患者負担無	対象外	【助成条件】 北海道の基準の患者負担額を各市町村が拡大助成している為、市町村によって異なります	1円単位	平成30年8月	
		市町村	併用レセプト	95	8桁の数字	7桁以下の数字	【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限18000円) 3. 患者負担無 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。 初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円) 3. 患者負担無	対象外	【助成条件】 北海道の基準の患者負担額を各市町村が拡大助成している為、市町村によって異なります	1円単位	平成30年8月	
5	特定疾患(難病)	道	併用レセプト	83	8桁の数字	7桁以下の数字	国の特定疾患、難病と同様		北海道独自の特定疾患、難病の拡大助成	1円単位		

6	朝日町単独助成	朝日町					【外来】 1. 1割負担 2. 患者負担無 【入院】 1. 1割負担 2. 患者負担無	1. 対象 2. 対象外		1円単位		
7	乳幼児医療費			-			【外来】 1. 患者負担無 2. 1割負担(上限18000円) 【入院】 1. 患者負担無 2. 1割負担(上限57600円)	対象外	【助成条件】 1. 0~3歳未満、もしくは 市民税非課税世帯 2. 「1.」以外  平成26年8月より道制度と同様となる	1円単位	平成26年8月	
8	重度心身障害者医療費	旭川市	併用レセプト	46			【外来】 1割負担(上限18000円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担 【入院】 1割負担(上限57600円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担	対象外		1円単位		

9	ひとり親家庭等医療費		併用レセプト	94			【外来】 1割負担(上限18000円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担 【入院】 1割負担(上限57600円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担	対象外		1円単位		
10	乳幼児医療費	小樽市	併用レセプト	—	92		【外来】 1割負担(上限18000円) 【入院】 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無)	対象外		1円単位		
11	ひとり親家庭等医療費		併用レセプト		95		【外来】 1割負担 【入院】 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無)	対象外	市民税非課税世帯で親	1円単位		
12	乳幼児医療費	札幌市	乳幼児医療費請求明細書 (札幌市様式)	—			【外来】 1割負担(院内上限6000円/院外上限3000円) 【入院】 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無)	対象外		1円単位		平成20年8月
13	重度心身障害者医療費		併用レセプト		47		【外来】 1割負担(院内上限6000円/院外上限3000円) 【入院】 1割負担(上限57600円)	対象外		1円単位		
14	ひとり親家庭等医療費		併用レセプト		95		【外来】 1割負担(院内上限6000円/院外上限3000円) 【入院】 1割負担(上限57600円)	対象外		1円単位		
15	学校病医療費		専用様式	—			【外来】 患者負担無 【入院】 患者負担無	助成対象		1円単位		
16	自立支援補助						自立支援使用時の患者負担5%を助成	対象外		1円単位		平成20年3月
17	乳幼児医療費	美幌町	併用レセプト	—			【外来】 5%負担(上限9000円) 【入院】 5%負担(上限28800円)	対象外		1円単位		
18	重度心身障害者医療費		併用レセプト				【外来】 5%負担(上限9000円) 【入院】 5%負担(上限28800円)	対象外		1円単位		
19	ひとり親家庭等医療費		併用レセプト				【外来】 5%負担(上限9000円) 【入院】 5%負担(上限28800円)	対象外		1円単位		
20	重度心身障害者医療費	せたな町	併用レセプト				【外来】 1割負担(上限9000円) 【入院】 1割負担(上限28800円)	対象外	多数該当の場合、入院の月上限額は22200円	1円単位		
21	ひとり親家庭等医療費	中標津町	ひとり親医療費請求書(市町村用)				【外来】 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 【入院】 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無)	対象外	親の場合のみ、中標津町用の請求書で請求する。子の場合は県と同様の請求書。	1円単位		
22	乳幼児医療費	古平町	乳幼児医療費請求書(市町村用)	—			【外来】 患者負担無 【入院】 患者負担無	対象外		1円単位		
23	精神通院医療付加給付金	稚内市	自動償還(請求書等不要)				精神通院使用時の患者負担分の1/2を助成	対象外	窓口負担額が円単位	1円単位	平成12年4月	
24	重度心身障害者医療費	稚内市	併用レセプト				【外来】 1割負担(上限8000円) 【入院】 1割負担(上限24600円)	対象外	課税世帯の場合。3歳未満、非課税世帯は県制度の1と同様。	1円単位		

25	乳幼児医療費	江別市	乳幼児医療費請求書	—			【外来】 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 【入院】 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無)	対象外	課税世帯の場合。 3歳未満、非課税世帯は県制度の1と同様。	1円単位		
26	重度心身障害者医療費	恵庭市	重度心身障害者医療費請求書(市町村用)				【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 2割負担(上限18000円) 3. 2割負担(上限18000円) 4. 1割負担(上限18000円) 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 2割負担(上限57600円) 3. 1割負担(上限18000円) 4. 1割負担(上限57600円)	対象外	【助成条件】 1. 0~3歳未満、もしくは市民税非課税世帯 2. 身体障害者手帳3級外部(小1~中学生以外) 3. 身体障害者手帳3級外部(小4~中学生) 4. 「1.」「2.」「3.」以外  2. 3. の場合、 外来一年間上限「年間144,000円」 入院—多数回該当「44,400円」	1円単位		
27	ひとり親家庭等医療費	恵庭市	ひとり親医療費請求書(市町村用)				【外来】 2割負担(上限18000円) 【入院】 1割負担(上限57600円)	対象外	外来一年間上限「年間144,000円」 入院—多数回該当「44,400円」	1円単位		
28	こども医療費	むかわ町	こども医療費請求書	—			【外来】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 対象外 【入院】 1. 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 2. 1割負担(上限57600円)	対象外	【助成条件】 1. 就学前、もしくは市民税非課税世帯 2. 小学生~高校生 小学生以上の外来は償還払い	1円単位		
29	乳幼児医療費	千歳市	併用レセプト	—	92		【外来】 2割負担(上限18000円) 【入院】 1割負担(上限57600円)	対象外		1円単位		
30	重度心身障害者医療費	厚沢部町	併用レセプト				【外来】 1割負担(上限8000円) 【入院】 1割負担(上限8000円)	対象外		1円単位		
31	重度心身障害者医療費	新十津川町	併用レセプト		46		【外来】 1割負担(上限18000円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担 【入院】 1割負担(上限57600円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担	対象外		1円単位		
32	重度心身障害者医療費	新十津川町	併用レセプト		47		【外来】 1割負担(上限18000円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担 【入院】 1割負担(上限57600円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担	対象外		1円単位		
33	ひとり親家庭等医療費	新十津川町	併用レセプト		94		【外来】 1割負担(上限18000円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担 【入院】 1割負担(上限57600円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担	対象外		1円単位		
34	ひとり親家庭等医療費	新十津川町	併用レセプト		95		【外来】 1割負担(上限18000円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担 【入院】 1割負担(上限57600円)の中から初診時一部負担金(580円)を引いた額が患者負担	対象外		1円単位		
35	子ども医療費	当別町	併用レセプト	—	91		【外来】 初診時一部負担金(初診の場合、上限580円の患者負担。初診時以外は患者負担無) 【入院】 患者負担無	対象外		1円単位		
36	重度心身障害者医療費	積丹町	併用レセプト		47		【外来】 1割負担(上限57600円) 【入院】 1割負担(上限57600円)	対象外	外来・入院共に多数回該当の場合は「月上限44,400円」	1円単位		

・本資料はORCAプロジェクトで収集しました資料を元に作成しています。  
 ・不明なものはプランクになっています。  
 ・本記載内容に変更が生じた場合、または誤りを見つけた場合は速やかにkk@orca.med.or.jpまでご連絡いただきたくお願いいたします。