

令和 4 年 10 月 31 日

大府市保険医療課

子ども医療費拡大に伴う医療費の請求について（ご案内）

日頃は大府市の福祉医療行政にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。

子ども医療費の助成拡大について、現物給付での医療費の請求方法等については、別添のとおりとなりますので、よろしくお願いたします。

令和 4 年 10 月診療分から

中学生まで

- ・助成範囲や受給者番号、請求方法等について変更はありません。
- ・受給者証の有効期限も 18 歳到達日以降の最初の 3 月 31 日までで変更はありません。

今回拡大分

- ・対象年齢

高校生（18 歳到達日以降の最初の 3 月 31 日まで）

- ・助成範囲等

外来：1 割自己負担、入院：自己負担なし

大府市内のみ現物給付

※但し、外来は小児慢性等の他公費との併用は不可。大府市役所での償還払で対応（自立支援医療（精神通院）については、「精神障がい者医療費受給者証」（85）で対応。

対象者には、「子ども医療費受給者証」と併せて受給者証を 2 枚発行しています。）

- ・受給者番号、受給者証

3249 から始まる 9 桁

受給者証上部に「大府市内のみ有効」、右上に「通院のみ 1 割負担（赤字）」と記載色はクリーム色で従来と同じ。

- ・公費負担者番号（診療報酬明細書での請求時）

外来：81238883、入院：81230005（中学生までと同じ）

問い合わせ先

大府市役所 保険医療課 福祉医療係 藤代

電話 0562-45-6230（直通）

# 診療報酬明細書(大府市国民健康保険加入者)での請求について

【医科・調剤】と【歯科】の診療報酬明細書とは、請求点数額等の欄が異なります。  
 【医科・調剤】の診療報酬明細書を基に作成していますので、【歯科】については  
 下記のとおり、読み替えをお願いします。

## 【医科・調剤】 診療報酬明細書 又は 調剤報酬明細書

—		—	
公負①	81238883	公受①	9999996
公負②		公受②	

保険者番号	230243	給付割合	7
記号・番号	○○○○○○○○ (枝番) ○○		

療養の給付	保	請求	※決定	(一部)負担金額
	險	666点	点	円
	①	666点	点	666円
②		点	点	円

A  
B

## 【歯科】 診療報酬明細書

—		—	
公負①	81238883	公受①	9999996

保険者番号	230243	給付割合	7
記号・番号	○○○○○○○○ (枝番) ○○		

公費分 点数	請求	666点	合計	666点
	決定※	点		点
患者負担額 (公費)		666円	決定※	円
高額療養費		円		

B A

# 1 高校生・外来【2/3助成】

## 1-1 限度額適用認定証の提示なし

診療報酬明細書(医科 入院外)又は調剤報酬明細書

公負①	81238883	公受①	9999996	保険者番号	230243	給付割合	7
公負②		公受②		記号・番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	(枝番)	〇〇

療養の給付	保険	請求	※決定	一部負担金額
				円
		666点		
①		666点		666円
②				

一部負担金有りの場合の公費負担者番号【81238883】を記載してください。

一部負担金額(1割分)を記載してください。

子ども医療への請求額  $1,998円 - 666円 = 1,332円$

## 1-2 限度額適用認定証の提示あり、高額療養費発生なし

公負①	81238883	公受①	9999996	保険者番号	230243	給付割合	7
公負②		公受②		記号・番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	(枝番)	〇〇

特記事項  
29区エ

限度額適用認定証の区分に応じた番号を記載してください。

ア:「26区ア」、イ:「27区イ」、ウ:「28区ウ」  
エ:「29区エ」、オ:「30区オ」

療養の給付	保険	請求	※決定	一部負担金額
				円
		666点		
①		666点		666円
②				

高額療養費が発生しない場合は、記載不要(空白)。

一部負担金額(1割分)を記載してください。

子ども医療への請求額  $1,998円 - 666円 = 1,332円$

## 1-3 限度額適用認定証の提示あり、高額療養費発生あり

公負①	81238883	公受①	9999996	保険者番号	230243	給付割合	7
公負②		公受②		記号・番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	(枝番)	〇〇

特記事項  
28区分ウ

療養の給付	保険	請求	※決定	一部負担金額
				円
		34,116点		80,842円
①		34,116点		26,948円
②				

高額療養費が現物給付される場合、健康保険の自己負担限度額を記載してください。

上に記載の自己負担限度額 × 1/3  
【1円未満は切り上げ】

子ども医療への請求額  $80,842円 \times 2/3 = 53,894円$  【1円未満は切り捨て】

## 2 高校生・入院【全額助成】

### 2-1 限度額適用認定証の提示なし

診療報酬明細書 (医科 入院)

公負①	81230005	公受①	9999996
公負②		公受②	

保険者番号		給付割合	7
記号・番号		(枝番)	

療養の給付	保険	請求	※決定	負担金額	
				円	円
①	①	250,123 点			
		250,123 点			
②	②				

一部負担金無しの場合の公費負担者番号【81230005】を記載してください。

一部負担金無しなので、記載不要(空白)。

子ども医療への請求額 750,369円 - 0円 = 750,369円

### 2-2 限度額適用認定証の提示あり、高額療養費発生なし

公負①	81230005	公受①	9999996
公負②		公受②	

保険者番号	230243	給付割合	7
記号・番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	(枝番) 〇〇	

特記事項	29区エ
------	------

限度額適用認定証の区分に応じた番号を記載してください。  
ア:「26区ア」、イ:「27区イ」、ウ:「28区ウ」  
エ:「29区エ」、オ:「30区オ」

療養の給付	保険	請求	※決定	負担金額	
				円	円
①	①	18,000 点			
		18,000 点			
②	②				

高額療養費が発生しない場合は、記載不要(空白)。

子ども医療への請求額 54,000円 - 0円 = 54,000円

### 2-3 限度額適用認定証の提示あり、高額療養費発生あり

公負①	81230005	公受①	9999996
公負②		公受②	

保険者番号	230243	給付割合	7
記号・番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	(枝番) 〇〇	

特記事項	28区分ウ
------	-------

療養の給付	保険	請求	※決定	負担金額	
				円	円
①	①	45,000 点		81,930	
		45,000 点			
②	②				

高額療養費が現物給付される場合、健康保険の自己負担限度額を記載してください。

子ども医療への請求額 81,930円 - 0円 = 81,930円

# 医療費請求書（社会保険・国保組合等加入者）での請求について

## 1 高校生・外来【2/3助成】

様式第4号

子ども  
障害者  
母子・父子家庭  
精神障害

### 医療費請求書

令和4年 月 日

国保特例  
社保・国保組合用

可能な限り記載をお願いします。

県番号	表別	医療機関番号	併設	割引
23	1	4200000		

大府市長様

医療機関所  
名 愛知県大府市〇〇〇  
称 〇〇クリニック  
開設者氏名 〇〇 〇〇  
電 0562-〇〇-〇〇〇〇

印

令和4年10月分を下記のとおりに請求します。

入院外

金額 71,628円

請求総件数 4 件分 1 枚の内

番号	受給者証番号	氏名	総点数	結精 点数	請求 割合	市町村負担額	備考
1	3249〇〇〇〇〇	大府 太郎	1,223		2・1	2,446	
2	3249〇〇〇〇〇	共和 花子	5,300		2・1	10,600	29区エ
3	3249〇〇〇〇〇	吉田 次郎	34,118		2・1	53,894	28区ウ
4	3240〇〇〇〇〇	神田 一郎	2,344		②1		
19					2・1		
計			4件	42,983点		71,628円	

【高校生】  
限度額適用認定証  
提示なし

【高校生】  
限度額適用認定証  
提示あり  
高額療養費発生なし

【高校生】  
限度額適用認定証  
提示あり  
高額療養費発生あり

参考  
【中学生以下（従来ど  
おり）】  
（この場合は未就学児）

※ 特例退職被保険者は、その旨（辞退等）  
国保特例の場合は特例と表示市町村名  
加入保険が国保組合の場合は組合名  
月遅れ・返戻分の再請は診療年月

を必ず備考欄に記入して下さい。

但し、社会保険及び国保組合のレシートが返戻されても、点数、割合が変わらない場合は、医療費請求書に再請求の必要はありません。

大府市への請求額（市町村負担額、2割分）を記載してください。  
備考欄は記入不要。

大府市への請求額（市町村負担額、2割分）を記載してください。  
備考欄は、限度額適用認定証の区分に応じた番号を記載してください。  
ア:「26区ア」、イ:「27区イ」、ウ:「28区ウ」  
エ:「29区エ」、オ:「30区オ」

自己負担限度額×2/3を記載してください  
【1円未満は切り捨て】。  
（自己負担限度額80,842円×2/3=53,894円）  
備考欄は、限度額適用認定証の区分に応じた番号を記載してください。

## 2 高校生・入院【全額助成】

様式第4号

子ども  
障害者  
母子・父子家庭  
精神障害

### 医療費請求書

令和4年 月 日

国保特例

社保・国保組合用

可能な限り記載をお願いします。

県番号	表別	医療機関番号	併設	割引
2	3	1	4200000	

大府市 長様

医療機関所  
称 愛知県大府市〇〇〇  
〇〇病院  
開設者氏名 〇〇 〇〇  
電 話 0562-〇〇-〇〇〇〇

印

入院

令和 4 年 10 月 份を下記のとおり請求します。

金額 175,466円

請求総件数 4 件分 1 枚の内 1 枚

【高校生】  
限度額適用認定証  
提示なし

【高校生】  
限度額適用認定証  
提示あり  
高額療養費発生なし

【高校生】  
限度額適用認定証  
提示あり  
高額療養費発生あり

参考  
【中学生以下(従来ど  
おり)】  
(この場合は未就学児)

番号	受給者証号	氏名	総点数	結 点	精 数	請求 割合	市町村負担額	備考
1	3 2 4 9 〇 〇 〇 〇 〇	大府 太郎	5,000			2・1		
2	3 2 4 9 〇 〇 〇 〇 〇	共和 花子	18,000			2・1		29区エ
3	3 2 4 9 〇 〇 〇 〇 〇	吉田 次郎	50,866			2・1	82,466	28区ウ
4	3 2 4 0 〇 〇 〇 〇 〇	神田 一郎	12,000			②・1		
19						2・1		
計			4件	85,360点	点		175,466円	

※ 特例退職被保険者は、その旨(身退等)を必ず備考欄に記入して下さい。  
国保特例の場合は特例と表示市町村名  
加入保険が国保組合の場合は組合名  
月遅れ・返戻分の再請は診療年月

但し、社会保険及び国保組合のレシートが返戻されても、点数、割合が変わらない場合は、医療費請求書に再請求の必要はありません。

一部負担金額なし(全額助成、本人負担なし)の場合は、省略可能。

限度額に達していない(高額療養費が発生しない)場合は、省略可能。  
備考欄は、限度額適用認定証の区分に応じた番号を記載してください。

限度額適用認定証を使用し、大府市への請求額が限度額でとまる場合、限度額を記載してください。  
備考欄は、限度額適用認定証の区分に応じた番号を記載してください。