

旭川市医療費助成に係る  
医療費の請求方法  
(訪問看護)

旭川市福祉保険部国民健康保険課  
旭川市子育て支援部子育て助成課

平成30年8月版

# 目 次

○ 医療費助成制度	1
○ レセプト請求	4
○ レセプト作成について	5
○ レセプト記入例	6

# 重度心身障害者医療費助成制度

助成の対象者及び助成範囲，患者窓口負担額（注2，3を除く），制度内容に変更はありません。

## 1 助成の対象者

障害等級が，以下ア～エのいずれかに該当すること。

ア 身体障害者手帳1級，2級，3級（3級は心臓，腎臓，呼吸器，膀胱，直腸，小腸，肝臓，免疫の機能障害に限る）の方

イ 療育手帳「A」判定の方

ウ 精神科医に所定の様式で「重度の知的障害」と診断された方

エ 精神障害者保健福祉手帳1級の方（※入院医療は助成対象外）

（所得制限あり）

## 2 助成の対象範囲

通院（調剤含む）・入院 及び 指定訪問看護

ただし，精神障害者保健福祉手帳1級の方は，入院医療は助成対象外

## 3 患者窓口負担額

年齢区分	65歳未満			65歳以上	
	3歳未満	3歳以上		非課税世帯	課税世帯
世帯の市民税課税状況	—	非課税世帯	課税世帯		
受給者証の表示	障初		障課	老初	老課
対象区分	通院 （調剤含む）	患者負担なし	総医療費の1割負担 ※初診時一部負担金の 助成あり(注1) ※月額上限額あり(注2)	患者負担なし	総医療費の1割負担 ※初診時一部負担金の 助成あり(注1) ※月額上限額あり(注2)
	入院				
	指定訪問看護	訪問看護療養費の1割 ※月額上限額あり(注3)			

注1 医科 580 円， 歯科 510 円

注2 通院 18,000 円（8 月から翌 7 月までの 1 年間の通院のみ上限額 144,000 円）

入院 57,600 円（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3 非課税世帯 8,000 円， 課税世帯 18,000 円

# ひとり親家庭等医療費助成制度

助成の対象者及び助成範囲、患者窓口負担額（注2、3を除く）、制度内容に変更はありません。

## 1 助成の対象者

ひとり親家庭等（母又は父が行方不明、重度障害である場合を含む）の18歳（18歳の誕生日の前日が属する年度末）までの児童とその親、保護者等の扶養を受けている場合は20歳（20歳の誕生日の前日が属する月末）までの児童とその親

（所得制限あり）

## 2 助成の対象範囲

児童 ～ 通院（調剤含む）・入院 及び 指定訪問看護

親 ～ 入院 及び 指定訪問看護

## 3 患者窓口負担額

年齢区分	児童		親		
	3歳未満	3歳以上			
世帯の市民税課税状況	—	非課税世帯	課税世帯	非課税世帯	課税世帯
受給者証の表示	親初		親課	親初	親課
対象区分	通院 (調剤含む)	患者負担なし	総医療費の1割負担 ※初診時一部負担金の助成あり(注1) ※月額上限額あり(注2)	助成なし (3割負担)	
	入院			患者負担なし	総医療費の1割負担 ※初診時一部負担金の助成あり(注1) ※月額上限額あり(注2)
	指定訪問看護			訪問看護療養費の1割 ※月額上限額あり(注3)	

注1 医科 580 円， 歯科 510 円

注2 通院 18,000 円（8月から翌7月までの1年間の通院のみ上限額 144,000 円）

入院 57,600 円（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3 非課税世帯 8,000 円， 課税世帯 18,000 円

# 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

※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

# レセプト請求

○旭川市の公費負担者番号

重度心身障害者	45010048	北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
	46010047	上記のうちの初診時一部負担金助成…訪問看護では使用しません
ひとり親家庭等	93010049	北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
	94010048	上記のうちの初診時一部負担金助成…訪問看護では使用しません
子ども	90010042	北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
	91010041	上記のうちの初診時一部負担金助成…訪問看護では使用しません
	92010040	旭川市独自の医療費助成

公費負担者番号と受給者番号が記載されています。

〈受給者証（見本）〉

訪問看護については

＊初 ＊課 ともに総医療費の1割負担。

ただし、有効期間内に3歳になる人は、＊初から＊課へ変わる場合、＊課の記載となります。それぞれの有効期間に注意してください。

＊は、「障」・「老」・「親」・「子」の表示

＊課		〇〇〇〇〇〇医療費受給者証	
公費負担者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	北海道医療給付事業	
受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	北海道医療給付事業の初診時一部負担金助成	
受給者番号	0941203		
受住所	7条通10丁目		
	第二庁舎5階		
給氏名	アサヒカワ タロウ		
	旭川 太郎		
生年月日	平成 27年 12月 15日	性別	男
有効期間	一部負担	無	平成 30年 8月 1日 から 平成 30年 12月 31日 まで
	金の割合	1割	平成 31年 1月 1日 から 平成 31年 7月 31日 まで
発行機関名及び印並びに交付年月日	北海道旭川市長		旭川市長之印
	平成 30年 7月 24日		

レセプトに公費負担者番号と受給者番号を記載

○訪問看護療養費明細書

公費負担者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	公費負担医療の受給者番号	0941203
公費負担者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	公費負担医療の受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名	アサヒカワ タロウ		
住所	旭川市 7条通10丁目 第二庁舎5階		
生年月日	平成 27年 12月 15日		
性別	男		
心身の状況	1. 2. 3.		
指示期間	1. 2. 3.		

# レセプト作成について

## ◎レセプト作成早見表

制度区分	受給者証区分	一部負担金	レセプト公費①の公費負担者番号	レセプト請求形態	レセプト公費①一部負担金の記載
重度心身障害者	障初 老初	総医療費の1割相当額 月額上限額 8,000円	①45010048	2者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位)
	障課 老課	総医療費の1割相当額 月額上限額 18,000円			
ひとり親家庭等	親初	総医療費の1割相当額 月額上限額 8,000円	①93010049	2者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位)
	親課	総医療費の1割相当額 月額上限額 18,000円			
子ども	子初	総医療費の1割相当額 月額上限額 8,000円	小学生まで ①90010042	2者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位)
	子課	総医療費の1割相当額 月額上限額 18,000円	中学生 ②92010040		

### 【留意事項】

※初 の表示がある受給者

- 1 公費①の一部負担金額欄に総医療費の1割の金額（1円単位）を記載してください。
- 2 月の患者負担限度額は、8,000円です。
- 3 3歳未満は、月の患者負担限度額が異なる場合がありますので、担当課へ確認してください。

※課 の表示がある受給者

- 1 公費①の一部負担金額欄には総医療費の1割の金額（1円単位）を記載してください
- 2 月の患者負担限度額は、18,000円です。
- 4 受給者証の有効年月日以内に3歳になる方も※課 の表示をしています。誕生月（1日生まれは前月）の末日までは、※初 の取扱いとなりますので、ご注意ください。

※初 ※課 の表示がある受給者（共通事項）

- 1 レセプト提出先  
北海道国民健康保険団体連合会 … 市町村国民健康保険，国民健康保険組合，後期高齢者医療制度  
社会保険診療報酬支払基金北海道支部 … 被用者保険
- 2 平成30年7月診療以前分について（子ども医療費を除く）  
従前とおり「医療費請求書」に受給者（または保護者）からの委任状を添付し，旭川市役所各担当課へ提出してください。

# 訪問看護記載例

○ 訪問看護療養費明細書 都道府県番号 訪問看護ステーションコード

平成 年 月 分

公費負担番号①	*****	公費負担医療の受給者番号①	*****	保険者番号		給付	7 ( )
公費負担番号②		公費負担医療の受給者番号②		保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			

**該当する公費負担者番号を記載**

**医療費受給者番号を記載**

心身の状態		訪問開始年月日	年 月 日	保険	日
主たる傷病名	1. 2. 3. 基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 1 別表7 2 別表8 3 無 4 人工呼吸器使用の状態 5 気管カニューレ使用の状態 6 真皮を越える褥瘡の状態 7 重症症児	訪問終了年月日時分	年 月 日 午前 午後 時 分	実日数	① 公費 ② 公費 日
指示期間	指示期間 (特別指示期間) 精神指示期間 (精神特別指示期間)	死亡の状況	時刻 年 月 日 午前・午後 時 分 場所 1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他 ( )	主治医の属する医療機関の名称	
				主治医の氏名	

## 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が70,000円とすると…

（未就学児）

（小学生以上）

保険者 70,000円 × 8割 = 56,000円  
 公費 70,000円 × 1割 = 7,000円  
 患者 70,000円 × 1割 = 7,000円

70,000円 × 7割 = 49,000円  
 70,000円 × 2割 = 14,000円  
 70,000円 × 1割 = 7,000円

- 患者窓口負担：1割
- 「負担金額」欄：1割（1円単位）

<1割の月額上限額>

「\*課」～18,000円

「\*初」～8,000円

※ ただし、3歳未満は異なる場合がありますので、担当課へ確認してください。

合	請求	円	※	決定	円	負担金額	円	※高額療養費	
計	70,000	円	※		円	減額	円	※	備考
		円	※		円	割(円)免除・支払い猶予	円	※	
		円	※		円	<b>7,000</b>	円	※	
		円	※		円	※公費負担金額	円	※	
		円	※		円	※公費負担金額	円	※	

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。





重度心身障害者医療費助成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 6 条通 9 丁目 旭川市役所総合庁舎 1 階  
福祉保険部国民健康保険課後期高齢者医療係  
電話 2 5 - 8 5 3 6 (直通)**

ひとり親等医療費助成医療費・子ども医療費助成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  
電話 2 5 - 6 4 4 6 (直通)**