

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

令和5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	6
○ レセプト記入例	8

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）、は以下のとおりです。

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、免疫、肝臓の機能障害に限る）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（※中学校卒業後の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（中学生以下を除く）は、入院医療は助成対象外

3 患者窓口負担額

年齢と課税状況区分		65歳未満			65歳以上	
		非課税世帯 (3歳未満の課税世帯を含む)	課税世帯		非課税世帯	課税世帯
			3歳～中学生	中学校卒業後		
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 ※初診時の助成あり(注1) ※月額上限額あり(注2)
	入院					
	指定訪問看護		医療保険で提供される訪問看護にかかった費用の1割 ※中学生以下は患者負担なし ※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）、は以下のとおりです。

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					
			中学生まで	中学校卒業後				
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	非課税世帯	課税世帯
受給者証の表示		親初		親課	親初	親課	親初	親課
対象区分	通院 （調剤含む）	患者負担なし			患者負担なし	総医療費の1割負担 ※初診時の助成あり(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 ※初診時の助成あり(注1) ※月額上限額あり(注2)	
	指定訪問看護				医療保険で提供される訪問看護にかかった費用の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）の児童
（令和5年8月診療分から生計維持者の所得制限は撤廃されます。）

2 助成の対象範囲

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	令和5年7月診療分まで	令和5年8月診療分から
【市民税非課税世帯】 通院（調剤含む） 入院	患者窓口負担なし	患者窓口負担なし
【市民税課税世帯】 通院（調剤含む） 入院	総医療費の1割負担 （通院月上限額：18,000円）注1 （入院月上限額：57,600円）注2 ※3歳未満は患者窓口負担なし	
【市民税非課税世帯】 指定訪問看護	医療保険で提供される訪問看護にかかった費用の1割 （月上限額：8,000円）	
【市民税課税世帯】 指定訪問看護	医療保険で提供される訪問看護にかかった費用の1割 （月上限額：18,000円）	
【所得制限超世帯】 通院（調剤含む） 入院 指定訪問看護	総医療費の3割負担 ※未就学は総医療費の2割負担	

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	4 5 0 1 0 0 4 8	北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
	4 6 0 1 0 0 4 7	北海道医療給付事業の拡大助成
ひとり親家庭等	9 3 0 1 0 0 4 9	北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
	9 4 0 1 0 0 4 8	北海道医療給付事業の拡大助成
子ども	9 0 0 1 0 0 4 2	北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
	9 1 0 1 0 0 4 1	北海道医療給付事業の拡大助成
	9 2 0 1 0 0 4 0	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（重度・ひとり親見本）〉

負担区分を記載。

訪問看護については **＊初** **＊課** ともに

- ・中学生までは自己負担なし
- ・中学校卒業後は総医療費の1割負担（月額上限あり）

「一部負担金の割合」欄に記載されているそれぞれの有効期限に注意。

＊は、「障」・「老」・「親」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拡大助成			
受給者番号		0941213					
受給者	住所	7条通10丁目 第二庁舎5階					
	氏名	アサヒカワ タロウ 旭川 太郎					
有効期間	生年月日	平成	20年	12月	15日	性別	男
	一部負担金の割合	無	令和5年8月1日	から	令和6年3月31日	まで	
有効期間	金の割合	1割	令和6年4月1日	から	令和6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 令和 5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	公費負担区分	0 9 4 1 2 1 3
受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	受給者番号	〇 9 4 1 2 1 3
氏名	1 姓 2 名 3 姓 4 名	住所	1 市 2 区 3 町 4 丁目 5 番 6 号
生年月日	1 年 2 月 3 日	性別	1 男 2 女
療養上の事由	1 療養上 2 予防医療 3 通院	訪問看護ステーションコード	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
心身の状況	1. 2. 3.	療養上の事由	1 療養上 2 予防医療 3 通院
指示期間	1 療養上の事由 2 予防医療 3 通院	療養上の事由	1 療養上 2 予防医療 3 通院

〈受給者証（子ども見本）〉

子初 子課 子 ともに自己負担は
ありません。

公費負担者番号と受給者番号が
記載されています。

(表)

○ 訪問看護療養費明細書 郵便番号 訪問看護ステーションコード

公費負担者番号①	00000000	公費負担者番号②	0941203
公費負担者番号③		公費負担者番号④	

氏名 1男 2女 3男 4女 5男 6女 7男 8女 9男 10女 11男 12女 13男 14女 15男 16女 17男 18女 19男 20女

年齢 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

性別 1男 2女 3男 4女 5男 6女 7男 8女 9男 10女 11男 12女 13男 14女 15男 16女 17男 18女 19男 20女

1. 氏名 2. 性別 3. 年齢 4. 住所 5. 電話番号 6. 医療機関 7. 診療科目 8. 診療内容 9. 処方薬 10. 検査結果 11. 診断書 12. 処方箋 13. 検査依頼書 14. 処方箋控え 15. 検査結果控え 16. 診断書控え 17. 処方箋控え 18. 検査結果控え 19. 診断書控え 20. 処方箋控え

① 基本療養費 (I) 及び (II)

レセプトに公費負担者番号と
受給者番号を記載

10月までは子初

子ども医療費受給者証

子課

公費負担者番号
90010042 北海道医療給付事業
91010041 北海道医療給付事業の拡大助成
92010040 旭川市独自事業

受給者番号
1739994

住所
7条通10丁目
第二庁舎5階

氏名
アサヒカワ タロウ
旭川 太郎

生年月日
令和 2年 10月 15日 性別 男

有効期間
令和 5年 8月 1日 から
令和 6年 7月 31日 まで

一部負担金の割合
無

発行機関名及び印
北海道旭川市長 旭川市長之印
交付年月日
令和 5年 7月 20日

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	レセプトの公費負担者番号	レセプト請求形態	レセプトの一部負担金の記載
重度心身障害者	中学生まで	障初	なし	① 4 5 0 1 0 0 4 8 ② 4 6 0 1 0 0 4 7	3者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位) <公費②> 記載なし
		障課				
	中学校卒業後	障初・老初	総医療費の1割相当額 月額上限額 8,000円	① 4 5 0 1 0 0 4 8	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	中学生までの児童	親初	なし	① 9 3 0 1 0 0 4 9 ② 9 4 0 1 0 0 4 8	3者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位) <公費②> 記載なし
		親課				
	中学校卒業後の児童・親	親初	総医療費の1割相当額 月額上限額 8,000円	① 9 3 0 1 0 0 4 9	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	小学生まで	子初・子課	なし	① 9 0 0 1 0 0 4 2 ② 9 1 0 1 0 0 4 1	3者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位) <公費②> 記載なし
		子				
	中学生	子初・子課・子		① 9 2 0 1 0 0 4 0	2者併用	<公費①> 記載なし

【留意事項】

〈 重度・ひとり親 〉

※初 の表示がある受給者

【 中学生まで 】

医療保険と公費①・②の3者併用で作成してください。公費①の負担金額欄に総医療費の1割の金額（1円単位）を記載し、公費②の負担金額欄は空欄とします。

【 中学校卒業後・親 】

- 1 医療保険と公費①の2者併用で作成し、公費①の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。

※課の表示がある受給者

【 中学生まで 】

- 1 医療保険と公費①・②の3者併用で作成してください。公費①の負担金額欄に総医療費の1割の金額（1円単位）を記載し、公費②の負担金額欄は空欄とします。
- 2 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。（月額上限が変わります。）

【 中学校卒業後・親 】

- 1 医療保険と公費①の2者併用で作成し、公費①の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、18,000円です。

〈 子ども 〉

【 小学生まで の受給者 】

- 1 子初 ・ 子課 の区分においては、医療保険と「90」「91」の3者併用で作成してください。公費①の負担金額欄に総医療費の1割の金額（1円単位）を記載し、公費②の負担金額欄は空欄とします。
- 2 子 の区分においては、医療保険と「92」の2者併用で作成してください。公費①の負担金額欄は空欄とします。

【 中学生 の受給者 】

子初 ・ 子課 ・ 子 いずれの区分においても、医療保険と「92」の2者併用で作成してください。負担金額欄は空欄とします。

※ 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

○ 訪問看護療養費明細書

令和 年 月 分

都道府県番号

訪問看護ステーションコード

公費負担 番号①	*	*	*	*	*	*	*	*	公費負担医療 受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*
公費負担 番号②	*	*	*	*	*	*	*	*	公費負担医療 受給者番号②	*	*	*	*	*	*	*

氏名

住所

生

特記

医療機関の名称

訪問看護記載例①

- ・中学生までの障初・障課
- ・中学生までの親初・親課
- ・小学生までの子初・子課

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

【医療費内訳例】

全体の医療費（10割）が70,000円とすると…

(未就学児)

保険者 $70,000 \text{ 円} \times 8 \text{ 割} = 56,000 \text{ 円}$

公費① $70,000 \text{ 円} \times 1 \text{ 割} = 7,000 \text{ 円}$

公費② $70,000 \text{ 円} \times 1 \text{ 割} = 7,000 \text{ 円}$

患者 0 円

(小学生以上)

保険者 $70,000 \text{ 円} \times 7 \text{ 割} = 49,000 \text{ 円}$

公費① $70,000 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} = 14,000 \text{ 円}$

公費② $70,000 \text{ 円} \times 1 \text{ 割} = 7,000 \text{ 円}$

患者 0 円

[illegible]

○ 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											
令和 年 月 日																									
公費負担者①の 番号 * * * * *												公費負担医療機関受給者番号① * * * * *		保 険 者 番 号											
公費負担者② 番号												公費負担医療機関受給者番号② *		付 属 機 関 番 号											
氏名欄（※） 氏 特 主																									

該当する公費負担者番号を記載 → （上記「公費負担者」の数字欄に記入）

医療費受給者番号を記載 → （上記「公費負担医療機関受給者番号」の数字欄に記入）

訪問看護記載例③

- ・中学校卒業後の「障初」・「障課」又は「老初・老課」
- ・中学校卒業後（含親）の「親初」・「親課」

- ・中学校卒業後の「障初」・「障課」
又は「老初・老課」
- ・中学校卒業後（含親）の「親初」・「親課」

全体の医療費（10割）が70,000円とすると…

公費① $70,000 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} = \underline{14,000 \text{ 円}}$

患者 $70,000 \text{ 円} \times 1 \text{ 割} = \underline{7,000 \text{ 円}}$

[illegible]

重度心身障害者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》 福祉保険部国民健康保険課後期高齢者医療係

電話 0 1 6 6 - 2 5 - 8 5 3 6（直通）

ひとり親家庭等医療費・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》 子育て支援部子育て助成課

電話 0 1 6 6 - 2 5 - 6 4 4 6（直通）