

旭川市重度心身障害者医療費
助成に係る医療費の請求方法
(医科・歯科・調剤)

旭川市福祉保険部国民健康保険課

平成 30 年 8 月版

目 次

○ 重度心身障害者医療費助成制度	1
○ レセプト請求	2
○ レセプト作成について	3
○ レセプト記入例	
(医科入院外)	5
(医科入院)	1 1
(歯科)	1 5
(調剤)	2 1

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			
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		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

レセプト請求

旭川市重度心身障害者医療費助成の公費負担者番号の種類

45010048（北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成）

46010047（上記のうち初診時一部負担金助成）

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）〉

負担区分を記載されています。

※初) の場合患者窓口負担はありません。

※課 の場合総医療費の 1 割負担（初診の場合
は 1 割から初診時一部負担金を除いた額）

(月限度額 通院 18,000 円 入院 57,600 円)

ただし、有効期間内に3歳になる人は、**障初**から**障課**へ変わる場合、**障課**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」または「老」の表示

障 課		重度心身障害者医療費受給者証					
公費負担者 番 号		45010048		北海道医療給付事業			
受 給 者 番 号		46010047		北海道医療給付事業の初診時一部負担金助成			
		0941203					
受 給 者	住 所	7条通10丁目 第二庁舎5階					
	フガナ 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 金の割合	無	平成	30年	8月	1日	から
			平成	30年	12月	31日	まで
		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 平成 30年 7月 24日				旭川市 長之印	

○診療報酬明細書 (医療入院用)

診療年度 平成 年 月 分
 患者氏名 診療機関コード

1 社・国	3 後期	1 手術	2 本外	8 高外一
医科	2 公費	4 通職	2 2 門	4 六外
		3 3 修	6 定外	0 高外7

診療番号 10 9 8
 患者番号 7 ()

公費負担
 負担番号 4 5 0 1 0 0 4 8
 公費負担
 負担番号 0 9 4 1 2 0 3

公費負担
 負担番号

特記事項

医療機関の所在地及び名称

診療科目 (1) (2) (3)

診療日 (1) (2) (3)

1 1 初診 2 再診 3 時間外・夜間・休日 4 公費負担点

1 2 外来管理加算

2 時間外

3 休日

4 公費負担点

レセプトに公費負担者番号と
受給者番号を記載

レセプト作成について（重度心身障害者医療費助成）

◎レセプト作成早見表

初再診	受給者証区分	一部負担金	レセプト公費①② の公費負担者番号	レセプト 請求形態	レセプト公費①② 一部負担金の記載	記載例
初診	障初 ・ 老初	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> 初診時一部負担金（医 科 580 円，歯科 510 円） <公費②> 記載なし	医科①⑤ 歯科①
	障課 ・ 老課	総医療費の 1 割相 当額から初診時一 部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を 除いた額 月額上限額 通院 18,000 円 入院 57,600 円			<公費①> 総医療費の 1 割 （1 円単位） <公費②> 総医療費の 1 割から 初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を 除いた額（1 円単位）	医科③⑦ 歯科③
再診	障初 ・ 老初	なし	① 4 5 0 1 0 0 4 8	2 者併用	<公費①> 記載なし	医科②⑥ 歯科② 調剤①
	障課 ・ 老課	総医療費の 1 割相当 額 月額上限額 通院 18,000 円 入院 57,600 円			<公費①> 総医療費の 1 割 （1 円単位）	医科④⑧ 歯科④ 調剤②

※ 調剤は「再診」と同様

北海道と旭川市の医療費助成内容（公費負担者番号 4 5， 4 6 の助成内容）

区 分	助成対象	患者窓口負担	
		市民税課税世帯（3 歳以上）	3 歳未満及び市民税非課税世帯
45 北海道医療給付事業の基準	通院・入院	総医療費の 1 割（月額上限あり）	初診時一部負担金 （医科 580 円 歯科 510 円）
46 上記のうち初診時一部負担金助成 （旭川市独自助成）		総医療費の 1 割のうち初診時一 部負担金（医科 580 円歯科 510 円）を助成	上記初診時一部負担金（医科 580 円 歯科 510 円）を助成，患者窓口負担 なし

【留意事項】

障初 の表示がある受給者

- 1 初診料が算定された場合は、医療保険・公費①「45」・公費②「46」の3者併用で作成し、公費①の一部負担金欄には初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を記載してください。公費②の一部負担金欄には記載の必要はありません。
- 2 再診月の場合は、初診時一部負担金が発生しないので、医療保険・公費①「45」の2者併用で作成してください。

障課 の表示がある受給者

- 1 初診料が算定された場合は、医療保険・公費①「45」・公費②「46」の3者併用で作成し、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。公費②の一部負担金額欄には総医療費の1割から初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を除いた残りの金額（1円単位）を記載してください。
- 2 再診月の場合は医療保険・公費①「45」の2者併用で作成し、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。
- 3 月の患者負担限度額は、通院 18,000 円，入院 57,600 円です。
- 4 受給者証の有効年月日以内に3歳になる方も障課 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、障初 の取扱いとなりますので、ご注意ください。

障初 障課 の表示がある受給者（共通事項）

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
社会保険診療報酬支払基金北海道支部 … 被用者保険

老初 老課 の表示がある受給者（共通事項）

レセプト提出先

北海道国民健康保険団体連合会 … 後期高齢者医療制度

全表示共通事項

平成30年7月診療以前分について

従前とおり「重度心身障害者医療費助成金請求書」を使用し、北海道国民健康保険団体連合会へ一括で送付してください。

医科記載例①

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府 医療機関
県番号

平成 年 月 分

*受給者証区分 **※初** ※は障または老
*受診形態 通院(初診料算定有)

公費負担者番号①	4	5	0	1	0	0	4	8	公費負担医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②	4	6	0	1	0	0	4	7	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*	*	*

保険
番号

被保険者証・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

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	(1)	年	月	日	転	治ゆ	死亡	中止	診療日数	保険公費①公費②	日
傷	(1)				(1)										日
病	(2)				(2)										日
名	(3)				(3)										日

【医療費内訳】

全体の医療費(10割)が7,000円とすると…

(未就学児)

保険者 7,000円×8割=5,600円

公費① 7,000円×2割-580円(法別45の負担金額)=820円

公費② 580円(法別45の負担金額)

患者 0円

(小学生以上)

保険者 7,000円×7割=4,900円

公費① 7,000円×3割-580円(法別45の負担金額)=1,520円

公費② 580円(法別45の負担金額)

患者 0円

● 患者窓口負担：なし

● 「一部負担金額」欄

公費①：580円

公費②：記載なし

※月中に初診料が複数回ある場合は580円×回数

※2割又は3割の金額が580円に満たない場合は2割
又は3割の金額(1円単位)

療養の給付	請求点※	決定点	一部負担金額	円	減額(特)免除・支払猶予	円	※高額療養費	円	※公費負担点数	点	※公費負担点数	点
700												

580

医科記載例②

*受給者証区分 ※初 ※は障または老
*受診形態 通院(再診月)
(初診料算定無)

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府 医療機関
県番号

平成 年 月 分

公費負担者番号①	4	5	0	1	0	0	4	8	公費負担医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②							

保険
番号

被保険者証・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

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生
職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

所在地及び
名称

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	(1)	年	月	日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	保険公費①公費②	日
					(2)	年	月	日							日
					(3)	年	月	日							日

【医療費内訳】

全体の医療費(10割)が7,000円とすると…

	(未就学児)	(小学生以上)
保険者	7,000円×8割=5,600円	7,000円×7割=4,900円
公費	7,000円×2割=1,400円	7,000円×3割=2,100円
患者	0円	0円

- 患者窓口負担：なし
- 「一部負担金額」欄：記載なし

療養の給付	請求点※	決定点	一部負担金額	円
	700			
保険公費①	点※	点	減額・割付免除・支払猶予	円
公費②	点※	点		円
			※高額療養費	円
			※公費負担点数	点
			※公費負担点数	点

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機
県番号

平成 年 月 分

公費負担者番号①	4	5	0	1	0	0	4	8	公費負担医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②	4	6	0	1	0	0	4	7	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*	*	*

医科記載例③-1

*受給者証区分 ※課 ※は障または老
*受診形態 通院(初診料算定有)
1割が580円以上の場合

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	名称	() 床)
傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日
	(2)		(2) 年 月 日
	(3)		(3) 年 月 日
		転 治ゆ 死亡 中止	診療実日数
			診療実日数① 公費②

【医療費内訳】

全体の医療費(10割)が7,000円とすると…

(未就学児)

保険者 7,000円×8割=5,600円

公費① 7,000円×2割-700円(法別45の負担金額)=700円

公費② 700円(法別45の負担金額)-120円(法別46の負担金額)=580円

患者 120円

(小学生以上)

保険者 7,000円×7割=4,900円

公費① 7,000円×3割-700円(法別45の負担金額)=1,400円

公費② 700円(法別45の負担金額)-120円(法別46の負担金額)=580円

患者 120円

●患者窓口負担:1割-580円

●「一部負担金額」欄

公費①:1割(1円単位)

公費②:1割-580円(1円単位)

※月中に初診が複数回ある場合は580円×回数

※1割の月額上限額18,000円

療養の給付	請求点※決定点	一部負担金額	円
	700		
	点※	減額(円)免除・支払猶予	円
		700	
	点※	120	
	点※		円※高額療養費 円※公費負担点数 点※公費負担点数 点

医科記載例③-2

*受給者証区分

※課

※は障または老

*受診形態

通院（初診料算定有）

1割が580円以下の場合

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府 医療機
県番号

平成 年 月 分

公費負担者番号①	4	5	0	1	0	0	4	8	公費負担医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②	4	6	0	1	0	0	4	7	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*	*	*

保
番

被
手帳等の記号・番号

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

職務上の事由	1 職務上	2 下船後3月以内	3 通勤災害	名称	(床)
傷	(1)			診療開始日	日
病	(2)			診療中止日	日
名	(3)			診療実日数	日

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が5,000円とすると…

1割（500円）－初診時一部負担金（580円）＝マイナスとなるため、患者負担はなし。

また、1割（500円）の金額を初診時一部負担金として市の助成分とする。

（未就学児）

保険者 5,000円×8割＝4,000円

公費① 5,000円×2割－500円（法別45の負担金額）＝500円

公費② 500円（法別45の負担金額）

患者 0円

（小学生以上）

保険者 5,000円×7割＝3,500円

公費① 5,000円×3割－500円（法別45の負担金額）＝1,000円

公費② 500円（法別45の負担金額）

患者 0円

● 患者窓口負担：なし

● 「一部負担金額」欄

公費①：1割（1円単位）

公費②：記載なし

療保	請	求	点	※	決	定	点	一部負担金額	円
養									
の								減額・割(内)免除・支払猶予	円
給								500	円
付									円
②									円

医科記載例③-3

○診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府 医療機
県番号

平成 年 月 分

公費負担者番号①	4	5	0	1	0	0	4	8	公費負担医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②	4	6	0	1	0	0	4	7	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*	*	*

*受給者証区分

※課

※は障または老

*受診形態

通院(初診料算定有)

1割が580円以下

かつ

同月中に再診がある場合

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

職務上の事由	1 職務上	2 下船後3月以内	3 通勤災害	名称	(床)
傷	(1)			診療開始日	日
病	(2)			診療中止日	日
名	(3)			診療終了日	日

【医療費内訳】

- ・1日目…5,000円(初診料算定有)

1割(500円)－初診時一部負担金(580円)＝マイナスとなるため、患者負担はなし。
また、1割(500円)の金額を初診時一部負担金として市の助成分とする。

- ・2日目…2,000円(再診)

1割(200円)を患者負担とする。

(未就学児)

保険者 7,000円×8割＝5,600円

公費① 7,000円×2割－700円(法別45の負担金額)＝700円

公費② 700円(法別45の負担金額)－200円(法別46の負担金額)＝500円

患者 200円

(小学生以上)

保険者 7,000円×7割＝4,900円

公費① 7,000円×3割－700円(法別45の負担金額)＝1,400円

公費② 700円(法別45の負担金額)－200円(法別46の負担金額)＝500円

患者 200円

全体の医療費
(10割)が
7,000円とする
と…

●患者窓口負担：再診時分の1割

●「一部負担金額」欄

公費①：1割(1円単位)

公費②：再診時分の1割(1円単位)のみ

療保	請	求	点	※	決	定	点	一部負担金額	円
養									
の									
給									
付									
①									
②									

700

200

医科記載例④

○診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府 医療機関
県番号

平成 年 月 分

*受給者証区分 ※課 ※は障または老
*受診形態 通院(再診月)
(初診料算定無)

公費負担者番号①	4	5	0	1	0	0	4	8	公費負担医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②										

保険
番

被保険者証・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

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生	所在地及び 名称	(床)
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	診療開始日	(1) 年 月 日 転 治ゆ 死亡 中止 診療実日数 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 帰
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	日 日 日

【医療費内訳】

全体の医療費(10割)が7,000円とすると…

(未就学児)

保険者 7,000円×8割=5,600円

公費 7,000円×1割=700円

患者 7,000円×1割=700円

(小学生以上)

7,000円×7割=4,900円

7,000円×2割=1,400円

7,000円×1割=700円

●患者窓口負担:1割

●「一部負担金額」欄:1割(1円単位)

※1割の月額上限額18,000円

療保	請 求 点 ※ 決 定 点	一部負担金額 円	減額 割(円)免除・支払猶予	円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点
養 險	700						
の 公	点 ※	点	700				
給 費①	点 ※	点					
付 費②	点 ※	点					

医科記載例⑧

○診療報酬明細書 (医科入院)

都道府 医療機関コー
県番号

平成 年 月 分

*受給者証区分 ※課 ※は障または老
*受診形態 入院(再診月)
(初診料算定無)

公費負担者番号①	4	5	0	1	0	0	4	8	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②							

保険者番号

被保険者証・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

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生

地及び
名称

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

傷	(1)	診	(1)	年	月	日	転	治ゆ	死亡	中止	診療	日
病	(2)	療	(2)	年	月	日					公費①	日
名	(3)	開	(3)	年	月	日					公費②	日
		始					帰					
		日										

【医療費内訳】

全体の医療費(10割)が200,000円とすると…

(未就学児)

保険者 200,000円×8割=160,000円
公費 200,000円×1割=20,000円
患者 200,000円×1割=20,000円

(小学生以上)

200,000円×7割=140,000円
200,000円×2割=40,000円
200,000円×1割=20,000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57,600円

療保	請求点※決	定	点	負担金額円	療保	請求円※決	定	円	(標準負担額)円
養險	20,000				回				
の		点※	点	減額割(円)免除・支払猶予円	公費①		円※	円	円
公費				20,000	回				
給①					公費②		円※	円	円
付②		点※	点						

歯科記載例①

*受給者証区分 **※初** ※は障または老
*受診形態 通院（初診料算定有）

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

都道府県医療機関コード
県番号

公費負担番号	45010048	公費負担医療の受給者番号	*****
--------	----------	--------------	-------

被保険者証・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

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

傷 病 名 部 位		診 療 開始日	年 月 日			
		診 療 実日数	日 (日)			
		転 帰	治 癒	死 亡	中 止	

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が7,000円とすると…

(未就学児)

保険者 7,000円×8割=5,600円

公費① 7,000円×2割-510円（法別45の負担金額）=890円

公費② 510円（法別45の負担金額）

患者 0円

(小学生以上)

保険者 7,000円×7割=4,900円

公費① 7,000円×3割-510円（法別45の負担金額）=1,590円

公費② 510円（法別45の負担金額）

患者 0円

● 患者窓口負担：なし

● 「患者負担額（公費）」欄：510円

※月中に初診料が複数回ある場合は510円×回数

2割又は3割の金額が510円に満たない場合は2割又は3割の金額（1円単位）

● 「摘要」欄：公費負担者番号②，受給者番号，実日数，請求点数，
患者負担額 0円

その他	摘要	公2 (46010047), 受 (*****)	請求点数	700	点
		実日数 (〇日)	患者負担額 (公費)	510	円
		請求点数: 700点	高額療養費		円
		患者負担額: 0円	一部負担金		円

歯科記載例②

*受給者証区分 **※初** ※は障または老
 *受診形態 通院（再診月）
 （初診料算定無）

診療報酬明細書

（歯科）

平成 年 月 分

都道府 医療機関コー
 県番号

公費負担番号	4	5	0	1	0	0	4	8
公費負担医療の受給者番号	*	*	*	*	*	*	*	*

保険番号	
被保険者証・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

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

傷病名部位

診療 開始日	年 月 日			
診療 実日数	日 (日)			
転帰	治癒	死亡	中止	

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が7,000円とすると…

（未就学児）

（小学生以上）

保険者 7,000円×8割＝5,600円

7,000円×7割＝4,900円

公費 7,000円×2割＝1,400円

7,000円×3割＝2,100円

患者 0円

0円

- 患者窓口負担：なし
- 「患者負担額（公費）」欄：記載なし

摘要	公費分請求点数決定※	点	合計	700	点
	患者負担額（公費）	円	決定※		点
	高額療養費※	円	一部負担金額	減額（円） 免除・支払猶予	円

歯科記載例③-1

*受給者証区分 ※課 ※は障または老
*受診形態 通院（初診料算定有）
1割が510円以上の場合

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

都道府県 医療機関
番号

公費負担番号	45010048	公費負担医療の受給者番号	*****
--------	----------	--------------	-------

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

氏名	特記事項	届出	診療開始日	年	月	日
傷病名			診療実日数	日 (日)		
部位			転帰	治	ゆ	死 亡 中 止

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が7,000円とすると…

(未就学児)

保険者 7,000円×8割=5,600円

公費① 7,000円×2割-700円（法別45の負担金額）=700円

公費② 700円（法別45の負担金額）-190円（法別46の負担金額）=510円

患者 190円

(小学生以上)

保険者 7,000円×7割=4,900円

公費① 7,000円×3割-700円（法別45の負担金額）=1,400円

公費② 700円（法別45の負担金額）-190円（法別46の負担金額）=510円

患者 190円

- 患者窓口負担：1割-510円
- 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）
- 「摘要」欄：公費負担者番号②，受給者番号，実日数，請求点数，患者負担額 1割-510円（1円単位）

※月中に初診が複数回ある場合は510円×回数

※1割の月額上限額18,000円

摘要	公2(46010047), 受(*****) 実日数(○日) 請求点数: 700点 患者負担額: 190円	公費分請求点数決定※	点	合計	700	点
		患者負担額(公費)	700	決定※		点
		高額療養費※	円	一部負担金額	減額 割(円)	円
					免除・支払猶予	

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

都道府県医療機関
番号

歯科記載例③-2

*受給者証区分

※課

※は障または老

*受診形態

通院(初診料算定有)

1割が510円以下の場合

公費負担番号	45010048	公費負担医療の受給者番号	*****
--------	----------	--------------	-------

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

氏名	特記事項	届出	診療開始日	年	月	日
傷病名			診療日数	日(日)		
部位			転帰	治	ゆ	死
				亡	中	止

【医療費内訳】

全体の医療費(10割)が5,000円とすると…

1割(500円) - 初診時一部負担金(510円) = マイナスとなるため、患者負担はなし。

また、1割(500円)の金額を初診時一部負担金として市の助成分とする。

(未就学児)

保険者 5,000円 × 8割 = 4,000円

公費① 5,000円 × 2割 - 500円(法別45の負担金額) = 500円

公費② 500円(法別45の負担金額)

患者 0円

(小学生以上)

保険者 5,000円 × 7割 = 3,500円

公費① 5,000円 × 3割 - 500円(法別45の負担金額) = 1,000円

公費② 500円(法別45の負担金額)

患者 0円

- 患者窓口負担：なし
- 「患者負担額(公費)」欄：1割(1円単位)
- 「摘要」欄：公費負担者番号②，受給者番号，実日数，請求点数，患者負担額 0円

摘要	公2(46010047)，受(*****) 実日数(〇日) 請求点数：500点 患者負担額：0円	公費分請求点数決定※	点	合計	500	点
		患者負担額(公費)	500	決定※		点
		高額療養費※	円	一部負担金	減額(円) 免除・支払猶予	円

歯科記載例③-3

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

都道府県医療機関
番号

*受給者証区分

※課

※は障または老

*受診形態

通院(初診料算定有)

1割が510円以下

かつ

同月中に再診がある場合

公費負担番号	45010048	公費負担医療給付者番号	*****
--------	----------	-------------	-------

該当する公費負担者番号を記載

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

氏名	特記事項	届出	診療開始日	年	月	日
傷病名			診療実日数	日(日)		
部位			転帰	治	ゆ	死
				亡	中	止

【医療費内訳】

- ・1日目…5,000円(初診料算定有)

1割(500円)－初診時一部負担金(510円)＝マイナスとなるため、患者負担はなし。

また、1割(500円)の金額を初診時一部負担金として市の助成分とする。

- ・2日目…2,000円(再診)

1割(200円)を患者負担とする。

全体の医療費
(10割)が
7,000円とする
と…

(未就学児)

保険者 7,000円×8割＝5,600円

公費① 7,000円×2割－700円(法別45の負担金額)＝700円

公費② 700円(法別45の負担金額)－200円(法別46の負担金額)＝500円

患者 200円

(小学生以上)

保険者 7,000円×7割＝4,900円

公費① 7,000円×3割－700円(法別45の負担金額)＝1,400円

公費② 700円(法別45の負担金額)－200円(法別46の負担金額)＝500円

患者 200円

● 患者窓口負担：再診時分の1割

● 「患者負担額(公費)」欄：1割(1円単位)

● 「摘要」欄：公費負担者番号②，受給者番号，実日数，請求点数，
患者負担額 再診時分の1割(1円単位)

摘要	公2(46010047)，受(*****) 実日数(〇日) 請求点数：700点 患者負担額：200円	公費分請求 点数決定※	点	合計	700	点
		患者負担額 (公費)	700	決定※		点
		高額療養費※	円	一部負担 金額	減額 免除・支払猶予	円

歯科記載例④

*受給者証区分 ※課 ※は障または老
*受診形態 通院（再診月）
（初診料算定無）

診療報酬明細書

（歯科）

平成 年 月 分

都道府県医療機関コード
県番号

公費負担番号	45010048	公費負担医療の受給者番号	* * * * *
--------	----------	--------------	-----------

被保険者証・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

重度心身障害者医療費受給者番号を記載

傷病名部位

診療開始日	年 月 日
診療実日数	日 (日)
転帰	治 癒 死 亡 中 止

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が7,000円とすると…

（未就学児）

（小学生以上）

保険者 7,000円×8割＝5,600円

7,000円×7割＝4,900円

公費 7,000円×1割＝700円

7,000円×2割＝1,400円

患者 7,000円×1割＝700円

7,000円×1割＝700円

● 患者窓口負担：1割

● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）

※ 1割の月額上限額18,000円

その他

摘

要

公費分請求点数決定※	点	合計	700	点
患者負担額（公費）	700	決定※		点
高額療養費※	円	一部負担金額	減額 割(円)	円
		免除・支払猶予		

-21-

-22-

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)