

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	
	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	45010048	北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
	46010047	北海道医療給付事業の拡大助成
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	北海道医療給付事業の拡大助成
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	北海道医療給付事業の拡大助成
	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（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		○○○○○医療費受給者証	
公費負担者番号	○○○○○○○○	北海道医療給付事業	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		
	フリガナ氏名	アサヒカワ タロウ 旭川 太郎	
生年月日	平成 20年 12月 15日	性別	男
有効期間	一部負担	無	令和5年8月1日 から 令和6年3月31日 まで
	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		旭川市長之印

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	0941213	公費負担区分	0941213
受給者番号	0941213	公費負担区分	0941213

〈受給者証（子ども見本）〉

公費負担者番号と受給者番号が記載されています。

(表)

子初 子課 子 ともに自己負担はありません。

○ 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	公費負担医療の受給者番号①	0941203
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

1 1期 2女 3期 2大 3短 4中

1 1期以上 2 2期以下3月以下

心身の状態

1. 2. 3.

医療行為項目の1に規定する医療行為の種類

1 人工呼吸器使用の状態 2 気管カテーテル挿入の状態 3 経管栄養 4 経鼻吸引 5 褥瘡処置

指示期間 (特別指示期間) 年月日～ 年月日

指示期間 (標準指示期間) 年月日～ 年月日 / 年月日～ 年月日

指示期間 (標準特別指示期間) 年月日～ 年月日 / 年月日～ 年月日

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

子課

子ども医療費受給者証

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

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	①45010048 ②46010047	3者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位)
		障課				<公費②> 記載なし
	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	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			<公費②> 記載なし
ひとり親家庭等	中学生までの児童	親初	なし	①93010049 ②94010048	3者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位)
		親課				<公費②> 記載なし
	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	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			<公費②> 記載なし
子ども	小学生まで	子初・子課	なし	①90010042 ②91010041	3者併用	<公費①> 総医療費の1割 (1円単位)
		子				<公費②> 記載なし
	中学生	子初・子課・子	①92010040	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審査事務センター … 被用者保険

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》 旭川市 福祉保険部 国民健康保険課 後期高齢者医療係

電話0166-25-8536（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》 旭川市 子育て支援部 子育て助成課

電話0166-25-6446（直通）