旭川市医療費助成に係る
医療費の請求方法
(訪問看護)

令和7年8月版

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

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（※18歳年度末以降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（18歳年度末までを除く）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
受給者証の表示		障初	障課	老初		
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 ※18歳年度末までは患者負担なし ※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						
		18歳年度末まで		18歳年度末以降				
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 ※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

助成の対象者及び助成範囲、患者窓口負担額は以下のとおりです。

1 助成の対象者

旭川市に住民登録のある0歳から18歳年度末までの児童

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7年7月診療分まで	令和7年8月診療分から
中 学 生 ま で	通院（調剤含む） 入院 指定訪問看護	患者窓口負担なし	患者窓口負担なし
高 校 生 年 代	通院（調剤含む） 入院 指定訪問看護	総医療費の3割負担	

※ 高校生年代…中学校卒業から18歳年度末まで

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

〈 受 給 者 証 (重 度 見 本) 〉

負担区分を記載。

訪問看護については **＊初** **＊課** とともに
 ・18歳年度末までは自己負担なし
 ・18歳年度末以降は総医療費の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」の表示

公費負担者番号と受給者番号が
記載されています。

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			
	46010047	北海道医療給付事業の拡大助成			
受給者番号	0941203				
受給者	住所	7条通9丁目 総合庁舎2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 19年 12月 15日	性別	男	
有効期間	一部負担金の割合	無	令和 7年 8月 1日 から 令和 8年 3月 31日 まで		
		1割	令和 8年 4月 1日 から 令和 8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	
	令和 7年 7月 15日				

○ 訪問看護療養費明細書

公費負担者番号	45010048	公費負担区分	0941203
公費負担者番号	46010047	公費負担区分	0941203

レセプトに公費負担者番号と受給者番号を記載

〈受給者証（ひとり親見本）〉

負担区分を記載。
 訪問看護については **親初** **親課** ともに
 ・18歳年度末までは自己負担なし
 ・18歳年度末以降及び親は総医療費の1割負担（月額上限あり）

○訪問看護療養費明細書

公費負担者番号	93010049	公費負担医療の受給者番号①	09****10
公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号②	

レセプトに公費負担者番号と受給者番号を記載

一部負担金なし

親課 **ひとり親家庭等医療費受給者証**

公費負担者番号	93010049	北海道医療給付事業
番号	94010048	北海道医療給付事業の拡大助成
受給者番号	09****10	
住所	7条通9丁目 総合庁舎3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 19年 12月 15日	性別 男
有効期間	一部負担	無 令和 7年 8月 1日 から 令和 8年 3月 31日 まで
	金の割合	1割 ****年 **月 **日 から ****年 **月 **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 令和 7年 7月 **日	

7月末までの間に18歳・19歳の年度末を迎える児童は、有効期間が「3月31日」までとなりますが、更新手続きを行うことで4月以降有効な受給者証が発行されます。

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（子ども見本）〉

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

公費負担者番号	00000000	公費負担医療の受給者番号①	1739994
公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号②	

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
番号	91010041	北海道医療給付事業の初診時一部負担金助成
番号	92010040	旭川市独自事業
受給者番号	1739994	
住所	7条通9丁目 総合庁舎3階	
フリガナ氏名	アサヒカワ ハナコ 旭川 花子	
生年月日	令和 4年 10月 15日	性別 女
有効期間	令和 7年 8月 1日 から 令和 8年 7月 31日 まで	
一部負担金	無	
発行機関名及び印並びに交付年月日	北海道旭川市長 北海道旭川市長之印 令和 7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	18歳年度末まで	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
	18歳年度末以降	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	18歳年度末までの児童	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
	18歳年度末以降の児童・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～高校生年代	子		①92010040	2者併用	<公費①> 記載なし

※ 高校生年代…中学校卒業から18歳年度末まで

【留意事項】

〈 重度・ひとり親 〉

※初 の表示がある受給者

【 18歳年度末までの受給者 】

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。

【 18歳年度末以降の受給者・（ひとり親の）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

【 18歳年度末までの受給者 】

- 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。）

【 18歳年度末以降の受給者・（ひとり親の）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・高校生年代 の受給者 】

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。

※ 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）