

旭川市子ども医療費助成に  
係る医療費の請求方法  
(医科・歯科・調剤)

旭川市子育て支援部子育て助成課

平成 30 年 8 月版

# 目 次

|                    |    |
|--------------------|----|
| ○ 子ども医療費助成制度       | 1  |
| ○ レセプト請求           | 2  |
| ○ レセプト作成           | 3  |
| ○ レセプト記入例          | 5  |
| (医科入院外)            |    |
| (入院)               | 10 |
| (歯科)               | 15 |
| (調剤)               | 20 |
| ○ 子ども医療費助成金請求書での請求 | 24 |

# 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<br>(調剤含む) | 患者窓口負担<br><br>なし                                   | 【市民税課税世帯】 総医療費の 1 割負担<br>(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<br>(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<br>(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

※次項以降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

# 医療費レセプト請求

## 旭川市子ども医療費助成の公費負担者番号の種類

90010042（北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成）

91010041（上記のうち初診時一部負担金助成）

92010040（旭川市独自の医療費助成）

### 〈 受 給 者 証 （ 見 本 ） 〉

有効期間内に3歳になる人は，（子初）から（子課）へ変わる場合，（子初）の最終有効月が記載されます。

負担区分を記載されています。

（子初）の場合患者窓口負担はありません。

（子課）の場合総医療費の1割負担

（月限度額 通院 18,000 円 入院 57,600 円）

公費負担者番号と受給者番号が記載されています。

12月までは一部負担金なし

### 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初診時一部負担金助成                 |
|                          | 92010040                           | 旭川市独自事業                              |
| 受給者番号                    | 1339993                            |                                      |
| 受 住 所                    | 7条通10丁目<br>第二庁舎5階                  |                                      |
| 給 氏 名                    | アサヒカワ タロウ<br>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<br>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<br>平成 31年 7月 31日 まで  |
| 発行機関名及び印<br>並びに<br>交付年月日 | 北海道旭川市長<br>旭川市長之印<br>平成 30年 7月 20日 |                                      |

○診療報酬明細書  
(医療機関外)

平成 年 月 分

公費負担者番号 90010042 受給者番号 1339993

氏 名 性別 年齢 生 年 月 日

1男 2女 1男 2女 3男 4女 5男 6女 7男 8女 9男 10女

診療上の事由 1 職路上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

診療 (1) 年 月 日 診療 (2) 年 月 日 診療 (3) 年 月 日

1.1 診療 時間外・休日・夜間 回 点 公費分点数

1.2 外科管理加算 × 回

外科 時間 外 × 回

診療 日 × 回

診療 夜 × 回

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（子ども医療費助成）

### ◎レセプト作成早見表

| 受給者証<br>区 分 | 子ども<br>の年齢   | 受診<br>形態 | 一部負担金                                                 | レセプト公費①②<br>の公費負担者番号                                                            | レセプト<br>請求形態                     | レセプト公費①<br>負担金の記載                                                                                         | 記載例                   |  |  |
|-------------|--------------|----------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|--|
| 子初          | 0歳から<br>3歳未満 | 入院<br>通院 | なし                                                    | 【初診料算定時】<br>① 9 0 0 1 0 0 4 2<br>② 9 1 0 1 0 0 4 1<br>【再診】<br>① 9 0 0 1 0 0 4 2 | 【初診料算定時】<br>3者併用<br>【再診】<br>2者併用 | 【初診料算定時】<br>公費①の「一部負担金<br>額」欄に初診時一部負担<br>金の金額（医科 580 円，<br>歯科 510 円）を記載して<br>ください。<br>【再診】<br>記載は必要ありません。 | 医科①②⑥⑦<br>歯科①②<br>調剤① |  |  |
|             | 3歳から<br>就学前  | 入院<br>通院 |                                                       |                                                                                 |                                  |                                                                                                           | 医科①②⑥⑦<br>歯科①②<br>調剤① |  |  |
|             | 小学生          | 入院       |                                                       |                                                                                 |                                  |                                                                                                           | 医科⑥⑦                  |  |  |
|             | 小学生          | 通院       |                                                       | ① 9 2 0 1 0 0 4 0                                                               | 2者併用                             | 記載は必要ありません。                                                                                               | 医科③<br>歯科③<br>調剤②     |  |  |
|             | 中学生          | 入院<br>通院 |                                                       |                                                                                 |                                  |                                                                                                           | 医科③⑧<br>歯科③<br>調剤②    |  |  |
| 子課          | 3歳から<br>就学前  | 入院<br>通院 | 医療費の1<br>割相当額<br>入院 57,600<br>円限度<br>通院 18,000<br>円限度 | ① 9 0 0 1 0 0 4 2                                                               | 2者併用                             | 公費①の「一部負担金<br>額」欄に医療費の1割<br>（1円単位）を記載して<br>ください。                                                          | 医科④⑨<br>歯科④<br>調剤③    |  |  |
|             | 小学生          | 入院       |                                                       | ① 9 2 0 1 0 0 4 0                                                               |                                  |                                                                                                           | 医科⑨                   |  |  |
|             | 小学生          | 通院       |                                                       |                                                                                 |                                  |                                                                                                           | 医科⑤<br>歯科⑤<br>調剤④     |  |  |
|             | 中学生          | 入院<br>通院 |                                                       |                                                                                 |                                  |                                                                                                           | 医科⑤⑩<br>歯科⑤<br>調剤④    |  |  |

### 北海道と旭川市の医療費助成内容（公費負担者番号 9 0， 9 1， 9 2 の助成内容）

| 区 分                             | 助成対象                | 患者窓口負担          |                                           |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|-------------------------------------------|
|                                 |                     | 市民税課税世帯の3歳以上の子  | 3歳未満の子と市民税非課税世帯                           |
| 90 北海道医療給付事業の基準                 | 就学前：入院と通院<br>小学生：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                |
| 91 上記のうち初診時一部負担金助成<br>（旭川市独自助成） |                     | —               | 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 |
| 92 旭川市独自の医療費助成                  | 小学生：通院<br>中学生：入院と通院 | 総医療費の1割（月額上限あり） | 患者窓口負担なし                                  |

【留意事項】

**子初** の表示がある受給者

- 1 小学校就学前（入院・通院）と小学生（入院）受給者のうち初診料が算定された場合は、医療保険と公費「90」「91」の3者併用で作成し、初診時一部負担金（医科 580 円，歯科 510 円）を公費①の一部負担金額欄に記載してください。再診月の場合は、初診時一部負担金が発生しないので、医療保険と公費「90」の2者併用で作成してください。
- 2 小学生（通院）と中学生（入院・通院）の場合は、医療保険と公費「92」の2者併用で作成してください。

**子課** の表示がある受給者

- 1 3歳から小学校就学前（入院・通院）と小学生（入院）の受給者証は、医療保険と公費「90」の2者併用で作成し、医療費の1割の金額（1円単位）を公費①の一部負担金額欄に記載してください。
- 2 小学生（通院）と中学生（入院・通院）の場合は、医療保険と公費「92」の2者併用で作成してください。
- 3 月の患者負担限度額は、入院 57,600 円，通院 18,000 円となっております。
- 4 受給者証の有効年月日以内に3歳になる方も「子課」の表示をしています。誕生日（1日を除く）の属する月までは**子初** の取扱いとなりますので、ご注意ください。

**子初** **子課** の表示がある受給者（共通事項）

- 1 平成30年8月診療分以降は、すべての医療保険がレセプト請求可能となります。
- 2 平成30年7月診療以前分の国保組合加入受給者については、従前どおり請求書での請求となります。

下記(1)から(6)の国保組合以外の国保組合の被保険者については、レセプトでの旭川市子ども医療費助成事業と医療保険の公費併用請求はできませんので、旭川市内の医療機関は従前どおりの請求書で請求をお願いいたします。旭川市外の医療機関は、償還払いとなりますので受給者へお知らせください。

- (1) 北海道歯科医師国保組合（保険者番号 013011）
- (2) 北海道薬剤師国保組合（保険者番号 013029）
- (3) 北海道医師国保組合（保険者番号 013037）
- (4) 北海道建設国保組合（保険者番号 013045）
- (5) 全国土木建築国保組合（保険者番号 133033）
- (6) 全国建設工事業国保組合（保険者番号 133298）

○診療報酬明細書  
(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

|   |       |      |       |        |       |
|---|-------|------|-------|--------|-------|
| 1 | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独  | 2 本外   | 8 高外一 |
| 医 |       |      | 2 2 併 | 4 六外   | 0 高外7 |
|   |       |      |       | 6 家外   |       |
|   |       |      |       | 10 9 8 |       |
|   |       |      |       | 7 ( )  |       |

平成 年 月 分

子ども医療費受給者番号を記載

|          |          |               |       |
|----------|----------|---------------|-------|
| 公費負担者番号① | 90010042 | 公費負担医療の受給者番号① | ***** |
| 公費負担者番号② | 91010041 | 公費負担医療の受給者番号② | ***** |

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名 特記事項 保険医

該当する公費負担者番号を記載

1男 2女 1明 2大 3昭 4平

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) | 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) |       | (2) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |       |          | 日 |
|     | (3) |       | (3) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |       |          | 日 |

《医科記載例①》

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **0 歳から 3 歳未満**  
**3 歳から就学前**
- \* 受診形態 **通院 (初診料算定時)**

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…  
 保険者 7,000円×8割 = 5,600円  
 公費 7,000円×2割 = 1,400円  
 患者 0円

● 患者窓口負担：なし

● 「一部負担金額」欄：580円と記載

※ 月中に初診料が複数回ある場合は580円×回数

2割の金額が580円に満たない場合は2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           |
|       | 700  |     |               |             |
|       | 点※   | 点   | 減額(円)/免除・支払猶予 | 円           |
|       |      |     | 580           |             |
|       | 点※   | 点   | 円※ 高額療養費 円    | 円※ 公費負担点数 点 |

# 診療報酬明細書

(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

|        |       |      |               |                    |                |
|--------|-------|------|---------------|--------------------|----------------|
| 1<br>医 | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独<br>2 2 併 | 2 本外<br>4 六外<br>家外 | 8 高外一<br>0 高外7 |
|        |       |      |               | 10 9 8             | 7 ( )          |

平成 年 月 分

|          |          |               |       |
|----------|----------|---------------|-------|
| 公費負担者番号① | 90010042 | 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 |       |

子ども医療費受給者番号を記載

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

|        |                         |             |
|--------|-------------------------|-------------|
| 氏名     | 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生 | 医療機関所在地及び名称 |
| 職務上の事由 | 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害  | ( 床 )       |
| 傷病名    | (1) (2) (3)             | 診療開始日       |
|        |                         | 転 治ゆ 死亡 中止  |
|        |                         | 診療実日数       |
|        |                         | 保険公費① 公費②   |

## 《医科記載例②》

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **0 歳から 3 歳未満**  
**3 歳から就学前**
- \* 受診形態 **通院 (再診時)**

### 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×8割 = 5,600円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 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 | 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 |
|       | 700  |      |          |                  |           |            |            |



○診療報酬明細書  
(医科入院外)

都道府 医療機関コード  
県番号

|   |       |      |       |       |        |
|---|-------|------|-------|-------|--------|
| 1 | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独  | 2 本外  | 8 高外一  |
| 医 | 2 2 併 |      | 2 2 併 | 4 六外  | 0 高外7  |
|   |       |      |       | 6 家外  | 10 9 8 |
|   |       |      |       | 7 ( ) |        |

平成 年 月分

|          |          |              |       |
|----------|----------|--------------|-------|
| 公費負担者番号① | 90010042 | 公費負担医療の受給者番号 | ***** |
| 公費負担者番号② |          | 公費負担医療の受給者番号 |       |

子ども医療費受給者番号を記載

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

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 氏名     | 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  |

地及び  
名称

|     |     |       |     |   |   |   |   |    |    |    |       |          |   |
|-----|-----|-------|-----|---|---|---|---|----|----|----|-------|----------|---|
| 傷病名 | (1) | 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) |       | (2) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |       |          | 日 |
|     | (3) |       | (3) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |       |          | 日 |

《医科記載例④》

- \* 受給者証区分 **子課**
- \* 子どもの年齢 **3歳から就学前**
- \* 受診形態 **通院**

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…  
 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

● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を負担

● 「一部負担金額」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を記載

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



○診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府 医療機関コード  
県番号

|     |       |      |               |              |                 |
|-----|-------|------|---------------|--------------|-----------------|
| 1 医 | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独<br>2 2 併 | 1 本入<br>3 六入 | 7 高入一           |
|     |       |      |               | 5 家入         | 9 高入7           |
|     |       |      |               | 給付割合         | 10 9 8<br>7 ( ) |

平成 年 月 分

子ども医療費受給者番号を記載

|           |                 |           |                 |
|-----------|-----------------|-----------|-----------------|
| 公費負担者番号①  | 9 0 0 1 0 0 4 2 | 公費負担者番号②  | 9 1 0 1 0 0 4 1 |
| 医療の受給者番号① | * * * * *       | 医療の受給者番号② | * * * * *       |

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

|         |       |    |    |      |
|---------|-------|----|----|------|
| 区分      | 精神    | 結核 | 療養 | 特記事項 |
| 氏名      |       |    |    |      |
| 1 男 2 女 | 1 明 2 |    |    |      |
| 職務上の事由  | 1 職務  |    |    |      |

該当する公費負担者番号を記載

|     |     |       |     |   |   |   |   |    |    |    |          |   |
|-----|-----|-------|-----|---|---|---|---|----|----|----|----------|---|
| 傷病名 | (1) | 診療開始日 | (1) | 年 | 月 | 日 | 転 | 治ゆ | 死亡 | 中止 | 診療公費①公費② | 日 |
|     | (2) |       | (2) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |          | 日 |
|     | (3) |       | (3) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |          | 日 |

《医科記載例⑥》

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **0 歳から 3 歳未満**  
**3 歳から就学前**  
**小学生**
- \* 受診形態 **入院 (初診料算定時)**

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が200,000円とすると…

（0歳から就学前）

（小学生）

保険者 200,000円×8割＝160,000円

200,000円×7割＝140,000円

公費 200,000円×2割＝40,000円

200,000円×3割＝60,000円

患者 0円

0円

● 患者窓口負担：なし

● 「負担金額」欄：580円と記載

※月中に初診料が複数回ある場合は580円×回数

|    |        |    |   |                |    |   |       |   |   |           |
|----|--------|----|---|----------------|----|---|-------|---|---|-----------|
| 療保 | 請求点※決  | 定  | 点 | 負担金額 円         | 保  | 回 | 請求円※決 | 定 | 円 | (標準負担額) 円 |
| 養  | 20,000 |    |   |                | 食  |   |       |   |   |           |
| の  |        | 点※ | 点 | 減額 割(円)免額・支払額千 | 公  | 回 | 円※    | 円 | 円 | 円         |
| 公  |        |    |   | 円              | 費① |   |       |   |   |           |
| 費  |        |    |   | 円              | 公  | 回 | 円※    | 円 | 円 | 円         |
| 給  |        | 点※ | 点 | 円              | 費② |   |       |   |   |           |
| 付  |        |    |   | 円              |    |   |       |   |   |           |

580



○診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府県番号 医療機関コード

|     |       |      |               |              |       |
|-----|-------|------|---------------|--------------|-------|
| 1 医 | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独<br>2 2 併 | 1 本入<br>3 六入 | 7 高入一 |
|     |       |      |               | 5 家入         | 9 高入7 |
|     |       |      |               | 10 9 8       | 7 ( ) |

|          |          |               |       |
|----------|----------|---------------|-------|
| 公費負担者番号① | 90010042 | 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 |       |

子ども医療費受給者番号を記載

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

区分 精神 結核 該当する公費負担者番号を記載

氏名 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

診療機関所在地及び名称

|     |     |       |     |   |   |   |   |    |    |    |          |   |
|-----|-----|-------|-----|---|---|---|---|----|----|----|----------|---|
| 傷病名 | (1) | 診療開始日 | (1) | 年 | 月 | 日 | 転 | 治ゆ | 死亡 | 中止 | 診療公費①公費② | 日 |
|     | (2) |       | (2) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |          | 日 |
|     | (3) |       | (3) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |          | 日 |

《医科記載例⑦》

- \* 受給者証区分 子初
- \* 子どもの年齢 0 歳から 3 歳未満  
3 歳から就学前  
小学生
- \* 受診形態 入院 (再診時)

【医療費内訳】

全体の医療費 (10 割) が 200,000 円とすると…

(0 歳から就学前)

(小学生)

|     |                             |                             |
|-----|-----------------------------|-----------------------------|
| 保険者 | 200,000 円 × 8 割 = 160,000 円 | 200,000 円 × 7 割 = 140,000 円 |
| 公費  | 200,000 円 × 2 割 = 40,000 円  | 200,000 円 × 3 割 = 60,000 円  |
| 患者  | 0 円                         | 0 円                         |

- 患者窓口負担：なし
- 「負担金額」欄：記載なし

|    |        |   |   |        |             |       |   |   |           |
|----|--------|---|---|--------|-------------|-------|---|---|-----------|
| 療保 | 請求点※決  | 定 | 点 | 負担金額 円 | 保回          | 請求円※決 | 定 | 円 | (標準負担額) 円 |
| 養險 | 20,000 |   |   |        | 食・生活療養費①公費② |       |   |   |           |
| の  | 点※     |   | 点 | 円      | 回           | 円※    |   | 円 | 円         |
| 公費 |        |   |   |        |             |       |   |   |           |
| 給① | 点※     |   | 点 | 円      | 回           | 円※    |   | 円 | 円         |
| 付② |        |   |   |        |             |       |   |   |           |

○診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府 医療機関コード  
県番号

|     |       |      |               |              |       |
|-----|-------|------|---------------|--------------|-------|
| 1 医 | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独<br>2 2 併 | 1 本入<br>3 六入 | 7 高入一 |
|     |       |      |               | 5 家入         | 9 高入7 |
|     |       |      |               | 10 9 8       |       |
|     |       |      |               | 7 ( )        |       |

平成 年 月 分

|          |                 |          |           |
|----------|-----------------|----------|-----------|
| 公費負担者番号① | 9 2 0 1 0 0 4 0 | 公費負担者番号② | * * * * * |
| 公費負担者番号③ |                 | 公費負担者番号④ |           |

子ども医療費受給者番号を記載

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

区分 精神 結核  
氏名  
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

該当する公費負担者番号を記載

|     |     |       |     |   |   |   |   |    |    |    |          |   |
|-----|-----|-------|-----|---|---|---|---|----|----|----|----------|---|
| 傷病名 | (1) | 診療開始日 | (1) | 年 | 月 | 日 | 転 | 治ゆ | 死亡 | 中止 | 診療公費①公費② | 日 |
|     | (2) |       | (2) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |          | 日 |
|     | (3) |       | (3) | 年 | 月 | 日 | 帰 |    |    |    |          | 日 |

《医科記載例⑧》

- \* 受給者証区分 子初
- \* 子どもの年齢 中学生
- \* 受診形態 入院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が200,000円とすると…  
 保険者 200,000円×7割＝140,000円  
 公費 200,000円×3割＝ 60,000円  
 患者 0円

- 患者窓口負担：なし
- 「負担金額」欄：記載なし

|     |        |     |        |    |      |     |           |
|-----|--------|-----|--------|----|------|-----|-----------|
| 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   | 円      | 回  | 円※   | 円   | 円         |
| 公費① |        |     |        | 回  |      |     |           |
| 給   | 点※     | 点   | 円      | 回  | 円※   | 円   | 円         |
| 付   |        |     |        | 回  |      |     |           |
| 費②  |        |     |        | 回  |      |     |           |

○診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府県番号 医療機関コード

|     |       |      |               |              |       |
|-----|-------|------|---------------|--------------|-------|
| 1 医 | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独<br>2 2 併 | 1 本入<br>3 六入 | 7 高入一 |
|     |       |      |               | 5 家入         | 9 高入7 |
|     |       |      |               | 10 9 8       | 7 ( ) |

|          |          |               |       |
|----------|----------|---------------|-------|
| 公費負担者番号① | 90010042 | 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 |       |

子ども医療費受給者番号を記載

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

|    |    |    |    |                         |        |                        |       |                                     |   |    |    |    |          |   |
|----|----|----|----|-------------------------|--------|------------------------|-------|-------------------------------------|---|----|----|----|----------|---|
| 区分 | 精神 | 結核 | 氏名 | 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 | 診療開始日 | (1) 年 月 日<br>(2) 年 月 日<br>(3) 年 月 日 | 転 | 治ゆ | 死亡 | 中止 | 診療公費①公費② | 日 |
|----|----|----|----|-------------------------|--------|------------------------|-------|-------------------------------------|---|----|----|----|----------|---|

《医科記載例⑨》

- \* 受給者証区分 **子課**
- \* 子どもの年齢 **3 歳から就学前小学生**
- \* 受診形態 **入院**

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が200,000円とすると…

（3歳から就学前）

（小学生）

|     |                      |                      |
|-----|----------------------|----------------------|
| 保険者 | 200,000円×8割＝160,000円 | 200,000円×7割＝140,000円 |
| 公費  | 200,000円×1割＝20,000円  | 200,000円×2割＝40,000円  |
| 患者  | 200,000円×1割＝20,000円  | 200,000円×1割＝20,000円  |

●患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額57,600円を超える場合は、57,600円を負担

●「負担金額」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額57,600円を超える場合は、57,600円を記載

|      |        |     |               |    |       |    |          |
|------|--------|-----|---------------|----|-------|----|----------|
| 療保   | 請求点※決  | 定点点 | 負担金額円         | 療保 | 請求円※決 | 定円 | (標準負担額)円 |
| 養險   | 20,000 |     |               | 回  |       |    |          |
| の公費① | 点※     | 点   | 減額(円)免除(円)給付予 | 回  | 円※    | 円  | 円        |
| 給付   |        |     | 20.000        | 回  | 円※    | 円  | 円        |
| 費②   | 点※     | 点   |               | 回  | 円※    | 円  | 円        |

○診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府県番号 医療機関コード

|      |       |      |       |      |        |
|------|-------|------|-------|------|--------|
| 1 医  | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独  | 1 本入 | 7 高入一  |
| 2 公費 | 2 公費  | 4 退職 | 2 2 併 | 3 六入 | 9 高入7  |
|      |       |      |       | 5 家入 | 10 9 8 |
|      |       |      |       |      | 7 ( )  |

|          |   |   |   |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号① | 9 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 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 |   |   |   |   |   |   |   |

子ども医療費受給者番号を記載

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

|        |       |             |        |
|--------|-------|-------------|--------|
| 区分     | 精神    | 結核          |        |
| 氏名     | 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 |

診療機関所在地及び名称

|     |     |       |     |   |   |   |   |    |    |    |          |   |
|-----|-----|-------|-----|---|---|---|---|----|----|----|----------|---|
| 傷病名 | (1) | 診療開始日 | (1) | 年 | 月 | 日 | 転 | 治ゆ | 死亡 | 中止 | 診療公費①公費② | 日 |
|     | (2) |       | (2) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |          | 日 |
|     | (3) |       | (3) | 年 | 月 | 日 |   |    |    |    |          | 日 |

《医科記載例⑩》

- \* 受給者証区分 子課
- \* 子どもの年齢 中学生
- \* 受診形態 入院

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が200,000円とすると…  
 保険者 200,000円×7割＝140,000円  
 公費 200,000円×2割＝40,000円  
 患者 200,000円×1割＝20,000円

●患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額57,600円を超える場合は、57,600円を負担

●「負担金額」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額57,600円を超える場合は、57,600円を記載

|    |        |     |             |     |      |     |          |
|----|--------|-----|-------------|-----|------|-----|----------|
| 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(円)免除(円)予 | 公費① | 円※   | 円   | 円        |
| 公費 |        |     | 20.000      | 回   |      |     |          |
| 給① | 点※     | 点   |             | 公費② | 円※   | 円   | 円        |
| 付② |        |     |             |     |      |     |          |

## ○

平成 年 月分

|   |       |      |       |        |      |
|---|-------|------|-------|--------|------|
| 3 | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独  | 2 本外   | 8 高外 |
| 園 | 2 公費  | 4 退職 | 2 2 併 | 4 6 家外 | 0 高外 |

### 子ども医療費受給者番号を記載

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

**公費負担者番号①を記載**

**公費負担者番号②は下部の摘要欄に記載**

|       |         |    |    |  |
|-------|---------|----|----|--|
| 診療開始日 | 年 月 日   |    |    |  |
| 診療実日数 | 日 ( 日 ) |    |    |  |
| 転帰    | 治癒      | 死亡 | 中止 |  |

|          |                         |
|----------|-------------------------|
| * 受給者証区分 | 子初                      |
| * 子どもの年齢 | 0 歳から 3 歳未満<br>3 歳から就学前 |
| * 受診形態   | 通院（初診料算定時）              |

|              |                    |
|--------------|--------------------|
| 全体の医療費（10割）が | 7,000円とすると…        |
| 保険者          | 7,000円×8割 = 5,600円 |
| 公費           | 7,000円×2割 = 1,400円 |
| 患者           | 0円                 |

- **患者窓口負担：なし**
- **「患者負担額（公費）」欄：5 1 0 円と記載**  
※月中に初診料が複数回ある場合は5 1 0 円×回数  
2割の金額が5 1 0 円に満たない場合は2割の金額（1円単位）
- **「摘要」欄：公費負担者番号②，子ども医療費受給者番号，  
実日数，請求点数，患者負担額0 円 を記載**

|    |                          |        |   |            |           |     |
|----|--------------------------|--------|---|------------|-----------|-----|
| 摘要 | 公2 (91010041), 受 (*****) | 公費分請求  |   | 点          | 合 計       |     |
|    | 実日数 (○日)                 | 点 数 決定 | ※ | 点          |           | 700 |
|    | 請求点数: 700点               | 患者負担額  |   | 決定         | ※         |     |
|    | 患者負担額: 0円                | (公費)   |   | <b>510</b> |           |     |
|    |                          | 高額療養費  | ※ | 円          | 一部負担 割(円) |     |
|    |                          |        |   | 金 額        | 減額 割(円)   |     |
|    |                          |        |   |            | 保険、支払猶予   |     |

# 診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

都道府県 医療機関コード  
県番号

|   |     |    |   |   |   |   |   |
|---|-----|----|---|---|---|---|---|
| 3 | 1   | 3  | 1 | 2 | 2 | 8 | 8 |
| 国 | 社・国 | 後期 | 単 | 本 | 本 | 高 | 高 |
| 2 | 公費  | 退職 | 独 | 外 | 外 | 外 | 外 |
|   |     |    | 2 | 6 | 0 | 7 |   |

|        |          |              |           |
|--------|----------|--------------|-----------|
| 公費負担番号 | 90010042 | 公費負担医療の受給者番号 | * * * * * |
|--------|----------|--------------|-----------|

子ども医療費受給者番号を記載

|      |    |     |   |
|------|----|-----|---|
| 給付割合 | 10 | 9   | 8 |
|      | 7  | ( ) |   |

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

|        |        |      |    |
|--------|--------|------|----|
| 氏名     | 1男2女1明 | 特記事項 | 届出 |
| 職務上の事由 | 1 職務   |      |    |

該当する公費負担者番号を記載

|       |       |         |   |   |
|-------|-------|---------|---|---|
| 傷病名部位 | 診療開始日 | 年       | 月 | 日 |
|       | 診療実日数 | 日 ( 日 ) |   |   |
|       | 転帰    | 治       | ゆ | 死 |
|       |       | 亡       | 中 | 止 |

## 《歯科記載例②》

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **0歳から3歳未満**  
**3歳から就学前**
- \* 受診形態 **通院（再診時）**

### 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×8割 = 5,600円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 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）  | 点 | 決定※     |     | 点    |
|    | 高額療養費※     | 円 | 一部負担金   | 減額  | 割(円) |
|    |            |   | 免除・支払猶予 |     | 円    |

# 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

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 8 | 8 |
| 国 | 社 | 後 | 単 | 本 | 本 | 高 | 高 |
| 費 | 公 | 期 | 独 | 外 | 外 | 外 | 外 |
|   |   | 退 | 2 | 4 | 6 | 0 | 7 |
|   |   | 職 | 併 | 家 | 家 | 高 | 高 |
|   |   |   | 2 | 外 | 外 | 外 | 外 |
|   |   |   | 2 | 7 | 7 | 7 | 7 |

子ども医療費受給者番号を記載

|              |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号      | 9 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| 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

|        |        |
|--------|--------|
| 氏名     | 1男2女1明 |
| 職務上の事由 | 1 職務   |

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

|       |       |         |   |   |
|-------|-------|---------|---|---|
| 傷病名部位 | 診療開始日 | 年       | 月 | 日 |
|       | 診療実日数 | 日 ( 日 ) |   |   |
|       | 転帰    | 治       | ゆ | 死 |
|       |       | 亡       | 中 | 止 |

## 《歯科記載例③》

- \* 受給者証区分 **子初**
- \* 子どもの年齢 **小学生・中学生**
- \* 受診形態 **通院**

### 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×7割 = 4,900円

公費 7,000円×3割 = 2,100円

患者 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）  | 点 | 決定※     |     | 点    |
|    | 高額療養費※     | 円 | 一部負担金   | 減額  | 割(円) |
|    |            |   | 免除・支払猶予 |     | 円    |

# 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

|   |     |    |    |    |    |
|---|-----|----|----|----|----|
| 3 | 1   | 3  | 1  | 2  | 8  |
| 歯 | 社・国 | 後期 | 単独 | 本外 | 高外 |
| 2 | 公費  | 退職 | 2併 | 4外 | 0外 |
|   |     |    |    | 6家 | 7  |

|        |          |              |           |
|--------|----------|--------------|-----------|
| 公費負担番号 | 90010042 | 公費負担医療の受給者番号 | * * * * * |
|--------|----------|--------------|-----------|

子ども医療費受給者番号を記載

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

|        |        |      |    |
|--------|--------|------|----|
| 氏名     | 1男2女1明 | 特記事項 | 届出 |
| 職務上の事由 | 1職務    |      |    |

該当する公費負担者番号を記載

|       |       |         |   |   |
|-------|-------|---------|---|---|
| 傷病名部位 | 診療開始日 | 年       | 月 | 日 |
|       | 診療実日数 | 日 ( 日 ) |   |   |
|       | 転帰    | 治       | ゆ | 死 |
|       |       | 亡       | 中 | 止 |

## 《歯科記載例④》

- \* 受給者証区分 **子課**
- \* 子どもの年齢 **3歳から就学前**
- \* 受診形態 **通院**

### 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

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

### ● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を負担

### ● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を記載

|    |            |     |       |         |   |
|----|------------|-----|-------|---------|---|
| 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 | 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 医療機関コード  
県番号

|    |     |    |    |    |    |
|----|-----|----|----|----|----|
| 3  | 1   | 3  | 1  | 2  | 8  |
| 国  | 社・国 | 後期 | 単独 | 本外 | 高外 |
| 2  | 2   | 4  | 2  | 4  | 0  |
| 公費 | 公費  | 退職 | 併  | 家外 | 高外 |

|        |          |              |           |
|--------|----------|--------------|-----------|
| 公費負担番号 | 92010040 | 公費負担医療の受給者番号 | * * * * * |
|--------|----------|--------------|-----------|

子ども医療費受給者番号を記載

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

|        |        |      |    |
|--------|--------|------|----|
| 氏名     | 1男2女1明 | 特記事項 | 届出 |
| 職務上の事由 | 1職務    |      |    |

該当する公費負担者番号を記載

|       |       |         |   |   |
|-------|-------|---------|---|---|
| 傷病名部位 | 診療開始日 | 年       | 月 | 日 |
|       | 診療実日数 | 日 ( 日 ) |   |   |
|       | 転帰    | 治       | ゆ | 死 |
|       |       | 亡       | 中 | 止 |

## 《歯科記載例⑤》

- \* 受給者証区分 **子課**
- \* 子どもの年齢 **小学生・中学生**
- \* 受診形態 **通院**

### 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×7割 = 4,900円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 7,000円×1割 = 700円

### ● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を負担

### ● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を記載

|    |            |     |         |         |   |
|----|------------|-----|---------|---------|---|
| 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   | 減額 割(円) | 円 |
|    |            |     | 免除・支払猶予 |         |   |

## ○ 調剤報酬明細書

都道府 薬局コード  
県番号

平成 年 月 分

|      |       |       |      |   |                |                 |
|------|-------|-------|------|---|----------------|-----------------|
| 4    | 1 社・国 | 3 後 期 | 1 単独 | 2 | 本外<br>六外<br>家外 | 8 高外一<br>0 高外7  |
| 給付割合 |       |       |      |   |                | 10 9 8<br>7 ( ) |

子ども医療費受給者番号を記載

|          |                 |               |           |
|----------|-----------------|---------------|-----------|
| 公費負担者番号① | 9 0 0 1 0 0 4 2 | 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 |           |

該当する公費負担者番号を記載

|    |          |        |       |                |        |       |         |      |                                  |        |            |             |
|----|----------|--------|-------|----------------|--------|-------|---------|------|----------------------------------|--------|------------|-------------|
| 氏名 | 1男 2女 1明 | 職務上の事由 | 1 職務上 | 保険医療機関の所在地及び名称 | 都道府県番号 | 点数表番号 | 医療機関コード | 保険氏名 | 1 6<br>2 7<br>3 8<br>4 9<br>5 10 | 保険受付回数 | 公費①<br>公費② | 回<br>回<br>回 |
|----|----------|--------|-------|----------------|--------|-------|---------|------|----------------------------------|--------|------------|-------------|

## 《調剤記載例①》

- \* 受給者証区分 子初
- \* 子どもの年齢 0 歳から 3 歳未満  
3 歳から就学前

## 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…  
 保険者 7,000円×8割 = 5,600円  
 公費 7,000円×2割 = 1,400円  
 患者 0円

- 患者窓口負担：なし
- 「一部負担金額」欄：記載なし

| 請求点※   | 決定点 | 一部負担金額 円        | 調剤基本料 点 | 時間外等加算 点 | 薬学管理料 点 |
|--------|-----|-----------------|---------|----------|---------|
| 保険 700 |     | 減額 割(円) 免除・支払猶予 |         |          |         |
| 公費①    | 点※  | 円               | 点       | 点        | 点       |
| 公費②    | 点※  | 円               | 点       | 点        | 点       |

## ○ 調剤報酬明細書

都道府 薬局コード  
県番号

平成 年 月 分

|      |       |       |      |                  |                 |
|------|-------|-------|------|------------------|-----------------|
| 4    | 1 社・国 | 3 後 期 | 1 単独 | 2 本外<br>六外<br>家外 | 8 高外一<br>0 高外7  |
| 給付割合 |       |       |      |                  | 10 9 8<br>7 ( ) |

子ども医療費受給者番号を記載

|          |                 |               |           |
|----------|-----------------|---------------|-----------|
| 公費負担者番号① | 9 2 0 1 0 0 4 0 | 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 |           |

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

|    |          |        |       |              |
|----|----------|--------|-------|--------------|
| 氏名 | 1男 2女 1明 | 職務上の事由 | 1 職務上 | 保険薬局の所在地及び名称 |
|----|----------|--------|-------|--------------|

該当する公費負担者番号を記載

|                |        |       |         |      |                                  |        |             |
|----------------|--------|-------|---------|------|----------------------------------|--------|-------------|
| 保険医療機関の所在地及び名称 | 都道府県番号 | 点数表番号 | 医療機関コード | 保険氏名 | 1 6<br>2 7<br>3 8<br>4 9<br>5 10 | 保険受付回数 | 回<br>回<br>回 |
|----------------|--------|-------|---------|------|----------------------------------|--------|-------------|

## 《調剤記載例②》

- \* 受給者証区分 子初
- \* 子どもの年齢 小学生・中学生

## 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×7割 = 4,900円

公費 7,000円×3割 = 2,100円

患者 0円

- 患者窓口負担：なし
- 「一部負担金額」欄：記載なし

|     |      |     |                   |         |          |         |
|-----|------|-----|-------------------|---------|----------|---------|
| 保険  | 請求点※ | 決定点 | 一部負担金額 円          | 調剤基本料 点 | 時間外等加算 点 | 薬学管理料 点 |
|     | 700  |     | 減額 割(円) 免除・支払猶予 円 |         |          |         |
| 公費① | 点※   | 点   | 円                 | 点       | 点        | 点       |
| 公費② | 点※   | 点   | 円                 | 点       | 点        | 点       |

## ○ 調剤報酬明細書

都道府 薬局コード  
県番号

平成 年 月 分

|                         |       |       |       |   |                |                 |
|-------------------------|-------|-------|-------|---|----------------|-----------------|
| 4                       | 1 社・国 | 3 後 期 | 1 単 独 | 2 | 本外<br>六外<br>家外 | 8 高外一<br>0 高外 7 |
| 給付割合<br>10 9 8<br>7 ( ) |       |       |       |   |                |                 |

子ども医療費受給者番号を記載

|          |                 |               |           |
|----------|-----------------|---------------|-----------|
| 公費負担者番号① | 9 0 0 1 0 0 4 2 | 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 |           |

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

|    |          |        |       |
|----|----------|--------|-------|
| 氏名 | 1男 2女 1明 | 職務上の事由 | 1 職務上 |
|----|----------|--------|-------|

該当する公費負担者番号を記載

保険薬  
局の所  
在地及  
び名称

|                |       |         |      |                                  |        |             |
|----------------|-------|---------|------|----------------------------------|--------|-------------|
| 保険医療機関の所在地及び名称 | 点数表番号 | 医療機関コード | 保険氏名 | 1 6<br>2 7<br>3 8<br>4 9<br>5 10 | 保険受付回数 | 回<br>回<br>回 |
|----------------|-------|---------|------|----------------------------------|--------|-------------|

## 《調剤記載例③》

- \* 受給者証区分 子課
- \* 子どもの年齢 3 歳から就学前

## 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

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

## ● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を負担

## ● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を記載

|     |      |     |                   |         |          |         |
|-----|------|-----|-------------------|---------|----------|---------|
| 保険  | 請求点※ | 決定点 | 一部負担金額 円          | 調剤基本料 点 | 時間外等加算 点 | 薬学管理料 点 |
|     | 700  |     |                   |         |          |         |
| 公費① | 点※   | 点   | 減額 割(円) 免除・支払猶予 円 | 点       | 点        | 点       |
|     |      |     | 700               |         |          |         |
| 公費② | 点※   | 点   | 円                 | 点       | 点        | 点       |
|     |      |     |                   |         |          |         |

## ○ 調剤報酬明細書

都道府 薬局コード  
県番号

平成 年 月 分

|      |       |       |       |             |                 |
|------|-------|-------|-------|-------------|-----------------|
| 4    | 1 社・国 | 3 後 期 | 1 単 独 | 2 本外<br>六 外 | 8 高外一<br>0 高外 7 |
| 給付割合 |       |       |       |             | 10 9 8<br>7 ( ) |

子ども医療費受給者番号を記載

|          |                 |               |           |
|----------|-----------------|---------------|-----------|
| 公費負担者番号① | 9 2 0 1 0 0 4 0 | 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 |           |

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

|    |          |        |       |              |
|----|----------|--------|-------|--------------|
| 氏名 | 1男 2女 1明 | 職務上の事由 | 1 職務上 | 保険薬局の所在地及び名称 |
|----|----------|--------|-------|--------------|

該当する公費負担者番号を記載

|                |        |       |         |      |                                  |        |             |
|----------------|--------|-------|---------|------|----------------------------------|--------|-------------|
| 保険医療機関の所在地及び名称 | 都道府県番号 | 点数表番号 | 医療機関コード | 保険氏名 | 1 6<br>2 7<br>3 8<br>4 9<br>5 10 | 保険受付回数 | 回<br>回<br>回 |
|----------------|--------|-------|---------|------|----------------------------------|--------|-------------|

## 《調剤記載例④》

- \* 受給者証区分 子課
- \* 子どもの年齢 小学生・中学生

## 【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が 7,000円とすると…

保険者 7,000円×7割 = 4,900円

公費 7,000円×2割 = 1,400円

患者 7,000円×1割 = 700円

## ● 患者窓口負担：1割

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を負担

## ● 「患者負担額（公費）」欄：1割（1円単位）を記載

※1割が月額上限額18,000円を超える場合は、18,000円を記載

|     |         |                 |         |          |         |
|-----|---------|-----------------|---------|----------|---------|
| 保険  | 請求点※決定点 | 一部負担金額 円        | 調剤基本料 点 | 時間外等加算 点 | 薬学管理料 点 |
|     | 700     | 減額 割(円) 免除・支払猶予 |         |          |         |
| 公費① | 点※決定点   | 700 円           | 点       | 点        | 点       |
| 公費② | 点※決定点   | 円               | 点       | 点        | 点       |

# 旭川市子ども医療費助成金請求書での請求

## 1 対象となる受給者及び診療月

国保組合加入受給者（一部を除く）の平成30年7月診療以前分

## 2 提出書類

「子ども医療費助成金請求書」（以下「請求書」という。）

請求書は2部複写で、1枚目が旭川市提出用、2枚目が医療機関控用となっています。

## 3 提出期限及び提出先

診療月の翌月13日（必着）までに到着するように提出してください。

（請求書は、御連絡いただければ無料で郵送します。）

〒070-8525 旭川市7条通10丁目旭川市役所第二庁舎 子育て支援部子育て助成課

なお、当様式の内容を満たしており、記載箇所が同様であれば、電算処理により作成された請求書でもかまいません。

## 4 医療費等の支払

期限までに提出された請求分は、提出月の翌月末日までに御指定の口座に振り込みます。なお、事前に支払内容のお知らせ（ハガキ）を郵送します。

## 5 請求書作成にあたっての留意事項

提出された請求書は旭川市電算処理の入力票となっていますので、楷書で正確に記入してください。電算処理をされている場合は、印刷のかすれ等に御注意願います。

医療機関コードや振込口座等が変更になった場合は届出が必要です。担当まで御連絡ください。

【記入例】

様式第 3 号

1 枚中

1 枚目

# 子ども医療費助成金請求書

(宛先) 旭川市長

平成 29 年 9 月 5 日

平成29年8月分子ども医療費及び取扱い手数料として、次のとおり請求します。

|                                |                                                  |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|
| 医療機関コード                        | 0 1 2 3 4 5 6                                    |
| 医療機関等の所在地<br>・名称・開設<br>氏名・電話番号 | 旭川市永山1条1丁目1番1号<br>北海病院 北海 太郎<br>電話 2 6 — 1 1 1 1 |

| 保 険 給 付             | 件 数 | 診療報酬請求点数<br>10割又は限度額 | 請求額<br>計算方法 | 保 険 自 己 負 担 額 | 一 部 負 担 金 | 医 療 費 請 求 額 | 事 務 費 請 求 額 |
|---------------------|-----|----------------------|-------------|---------------|-----------|-------------|-------------|
| 7割                  | 2 件 | 206,482 点            | × 3         | 619,446 円     | 98,650 円  | 520,796 円   |             |
| 8割                  | 2 件 | 2,151 点              | × 2         | 4,302 円       |           | 4,302 円     |             |
| 限 度 額               | 3 件 | 73,512 円             | × 1         |               | 1,356 円   | 72,156 円    |             |
| 育成医療・結核・<br>精神自己負担額 | 件   |                      |             | 円             | 円         | 円           |             |
| 計                   | 7 件 |                      |             | 623,748 円     | 100,006 円 | 597,254 円   | 1,512 円     |

( 内 訳 )

| 診療年月 | 受給者番号   | 患者氏名   | 診療区分 | 保険給付7割              | 保険給付8割 | 限度額    | 育成医療・<br>結核・精神<br>自己負担額 | 一部負担金               | 初・課 | 備考  |
|------|---------|--------|------|---------------------|--------|--------|-------------------------|---------------------|-----|-----|
| 29・8 | 1127372 | 旭川 太郎  | 入・外  | 41,050 <sup>点</sup> |        |        |                         | 41,050 <sup>円</sup> | 初・課 |     |
| 29・8 | 0925222 | 北海 花子  | 入・外  | 165,432             |        |        |                         | 57,600              | 初・課 |     |
| 29・8 | 1610054 | 春川 二郎  | 入・外  |                     |        | 35,400 |                         |                     | 初・課 |     |
| 29・8 | 0511162 | 夏山 みどり | 入・外  |                     |        | 35,400 |                         |                     | 初・課 |     |
| 29・8 | 1020783 | 秋野 空   | 入・外  |                     |        | 2,712  |                         | 1,356               | 初・課 |     |
| 29・8 | 1510650 | 冬野 雪子  | 入・外  |                     | 1,724  |        |                         |                     | 初・課 | 580 |
| 29・8 | 1311281 | 朝日 川子  | 入・外  |                     | 427    |        |                         |                     | 初・課 |     |
| .    |         |        | 入・外  |                     |        |        |                         |                     | 初・課 |     |

~~~~~ (略) ~~~~~

|     |  |  |        |           |         |          |   |           |  |  |
|-----|--|--|--------|-----------|---------|----------|---|-----------|--|--|
| ・   |  |  | 入・外    |           |         |          |   | 初・課       |  |  |
| 計   |  |  | 件 数    | 件         | 件       | 件        | 件 |           |  |  |
|     |  |  | 点数又は金額 | 点         | 点       | 円        | 円 | 円         |  |  |
| 累 計 |  |  | 件 数    | 2 件       | 2 件     | 3 件      | 件 |           |  |  |
|     |  |  | 点数又は金額 | 206,482 点 | 2,151 点 | 73,512 円 | 円 | 100,006 円 |  |  |

当様式の内容を満たしており、記載箇所が同様であればこの用紙での請求によらなくてもかまいません。

【記載要領】

- 1 「 枚中 枚目」，請求年月日，「 年 月分」，医療機関コード，医療機関等の所在地・名称・開設者氏名及び電話番号を記入し，請求印を必ず押印してください。
- 2 「内訳」は，診療（調剤）報酬明細書 1 枚につき 1 行を用い記入してください。1 枚に 2 0 件分記入できます。

| 記入欄               | 記 載 要 領                                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 件数                | 内訳の1行が1件となります。内訳の件数を「7割」、「8割」、「限度額」、「育成医療・結核・精神」に分けて記入してください。                              |
| 診療報酬請求総点数10割又は限度額 | 内訳の点数（「限度額」は金額）を「7割」、「8割」、「限度額」に分けて記入してください。柔整は点数を円と読み替えてください。                             |
| 保険自己負担額           | 総点数に、7割については「3」を、8割については「2」を乗じた点数の金額換算値を記入してください。自己負担額は1円単位まで記入してください。柔整は窓口負担額総額を記入してください。 |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一部負担金               | 内訳の一部負担金を保険給付「7割」,「8割」,「限度額」,「育成医療・結核・精神」に分けて記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 医療費請求額              | 「保険自己負担額」－「一部負担金」又は「診療報酬請求総点数10割又は限度額」－「一部負担金」の額を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                |
| 事務費請求額              | 「総件数」×「200 円に消費税等相当額を加算した額」を記入してください（国・道立医療機関, 独立行政法人医療機関を除く。）。                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>内訳欄</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 診療年月                | 同じ診療年月であっても,「〃」とせずに「〇年〇月」と記入してください。<br>月遅れ請求がある場合でも, 当月分としてまとめて記入できますが, 実際の診療年月を記入してください（請求書は診療年月ごとに複数枚にしないでください。）。                                                                                                                                                                                       |
| 受給者番号               | 7桁の受給者番号を記入してください（可能であれば受給者番号順でお願いします。）。                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 患者氏名                | 受給者証の対象者氏名を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 診療区分                | 入院・外来区分は, 該当するものを○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 保険給付7割,<br>保険給付8割   | 区分毎にレセプトの総点数を記入してください。柔整の場合は総額（円）を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 限度額                 | 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を提示した受給者についてのみ, 自己負担限度額（高額療養費が生じなかった場合については, 2割又は3割の自己負担額）を記入してください。                                                                                                                                                                                                            |
| 育成医療・結核・<br>精神自己負担額 | 育成医療については, 患者負担として請求する金額を記入してください。なお, 結核・精神においては公費該当しない医療も同時にあるときは, 上記金額にレセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数の3割又は2割相当額を合算し記入してください。                                                                                                                                                                                  |
| 一部負担金               | 「子初」については, 空欄又は0を記載し, 「子課」については, 1割相当額を徴収したときはその金額を記入してください。この場合, 一部負担金の額は診療点数と同じ数字を記入することになります（実際の徴収金額と異なる場合がありますが, 1円単位まで記入願います）。ただし, 一部負担金には入院 57,600 円（注1）, 外来 14,000 円（注2）の限度額があります。なお, 柔整は総額の1割に端数が生じた場合は, 1円未満を切り上げます。（注1 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2 8月から翌7月までの1年間の通院のみ上限額 144,000 円） |
| 初・課                 | 初・課のうち該当するものを○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 備考                  | ・「子初」の場合のみ, レセプトの「初診回数」×医科580, 歯科510を記載してください（小学生通院と中学生を除く）。なお, 「初診」で医科580, 歯科510に満たない場合は, 満たない額を記載してください。また, 柔整には初診時一部負担金はありません。<br>・薬局における同一月, 同一受給者の請求については, 処方箋発行の医療機関名を記入してください。                                                                                                                     |
| 計                   | 請求書が2枚以上にわたるときのみ記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 累計                  | 区分ごとの件数, 点数又は金額を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                 |





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》〒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（子ども医療費助成担当）

電話 2 5 - 6 4 4 6（直通）