

旭川市ひとり親家庭等医療費
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

令和7年8月版

目 次

○ ひとり親家庭等医療費助成制度	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)	5
(歯科)	13
(調剤)	21

ひとり親家庭等医療費助成制度

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

【令和7年7月診療分まで】

年齢区分		児童				親		
		3歳未満	3歳以上					
			15歳年度末まで	15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 ※初診時一部負担金の助成あり(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 ※初診時一部負担金の助成あり(注1) ※月額上限額あり(注2)
	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)			

【令和7年8月診療分以降】

※変更箇所

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		一	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 ※初診時一部負担金の助成あり(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 ※初診時一部負担金の助成あり(注1) ※月額上限額あり(注2)		
	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 通院のみ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）

入院あり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

旭川市ひとり親家庭等医療費助成の公費負担者番号の種類

93010049（北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成）

94010048（上記のうち、「課税世帯の3歳以上18歳年度末までの児童」の1割分及び「3歳未満の児童」・「非課税世帯」・「課税世帯の親及び18歳年度末以降の児童」の初診時一部負担金助成）

〈 受 給 者 証 （ 見 本 ） 〉

負担区分が記載されています。

【初親】 【非課税世帯】 【3歳未満の児童】
患者窓口負担はありません。

親課 【課税世帯の親・3歳以上の児童】
・「18歳年度末までの児童」は、患者窓口負担はありません。
 ・「親・18歳年度末以降の児童」は、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)です
 (月限度額 通院のみ18,000円、入院あり57,600円)。

有効期間内に3歳になる方で、**親初**から**親課**へ変更となる場合は、**親課**と記載されますが、3歳未満の月は**親初**として請求してください。

公費負担者番号と受給者番号が記載されています。

[illegible]

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					
		94010048		北海道医療給付事業の拡大助成					
受給者番号		09***10							
受給者	住所	7条通9丁目 総合庁舎3階							
	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	** ** * 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 令和 7年 7月 ** 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

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。（親課の場合は4月以降「1割」の欄に日付が入ります。）

レセプト作成について（ひとり親家庭等医療費助成）

◎レセプト作成早見表

初再診	受給者証区分	年齢区分	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	親初		なし	① 93010049 ② 94010048	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 P5 歯科 P13
	親課	18 歳年度末までの児童				<公費①> 総医療費の 1 割 （1 円単位） <公費②> 記載なし	医科 P7 歯科 P15
		・18 歳年度末以降の児童 ・親	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 P8～P11 歯科 P16～P19
再診	親初		なし	① 93010049	2者併用	<公費①> 記載なし	医科 P6 歯科 P14 調剤 P21
	親課	18 歳年度末までの児童		① 93010049 ② 94010048	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	医科 P7 歯科 P15 調剤 P22
		・18 歳年度末以降の児童 ・親	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	① 93010049	2者併用	<公費①> 総医療費の 1 割 （1 円単位）	医科 P12 歯科 P20 調剤 P23

※ 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 93、94 の助成内容）

区 分	助成対象	患者窓口負担		
		3 歳未満及び 市民税非課税世帯	市民税課税世帯 (3 歳以上 18 歳年度末まで)	市民税課税世帯 (18 歳年度末以降の児童、親)
93 北海道医療給付事業の基準		初診時一部負担金 (医科 580 円、歯科 510 円)	総医療費の 1 割 (月額上限あり)	
94 上記のうち、「課税世帯の 3 歳以上 18 歳年度末までの児童」の 1 割分 及び 「3 歳未満の児童」・「非課税世帯」・「課税世帯の親及び 18 歳年度末以降の児童」の初診時一部負担金助成 (旭川市独自助成)	児童：通院・入院 親：入院	患者窓口負担なし ※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 ※総医療費の 1 割を助成。	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 ※初診時一部負担金を助成

【留意事項】

・ **親初** 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「93」・公費②「94」の 3 者併用で作成し、公費①の一部負担金額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の一部負担金額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「93」の 2 者併用で作成してください。

・ **親課** の表示がある受給者

●受給者が 18 歳年度末までの児童の場合

※ **親課** の表示がされていますが、患者の窓口負担は発生しません。

初診・再診問わず、医療保険・公費①「93」・公費②「94」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記載の必要はありません。

※ 受給者証の有効期間内に 3 歳になる児童も **親課** 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 **親初** の取扱いとなります。

●受給者が親又は 18 歳年度末以降の児童の場合

- 1 初診料が算定された場合は、医療保険・公費①「93」・公費②「94」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「93」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、通院のみ 18,000 円、入院あり 57,600 円です。

・ **親初** **親課** 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審査事務センター

… 被用者保険

医科記載例①

*受給者証区分

親初

*受診形態

入院・通院（初診料算定有）

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府
県番号

令和 年 月 分

公費負担者番号①	93010049	医療の受給者番号①	*****
公費負担者番号②	94010048	医療の受給者番号②	*****

番号 割合 7 ()

被保険者資格に係る
記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生
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	転	治療	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>

保険者負担分 7,000円×8割 = 5,600円

公費①負担分 7,000円×2割-580円 = 820円

公費②負担分 初診時一部負担金 580円

→初診時一部負担金を含む10割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

<小学生以上>

保険者負担分 7,000円×7割 = 4,900円

公費①負担分 7,000円×3割-580円 = 1,520円

公費②負担分 初診時一部負担金 580円

→初診時一部負担金を含む10割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は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

※月中に初診が複数回ある場合の公費①は580円×回数

※2割または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
	700				
		点	※	点	円
				580	
		点	※	点	円
				※高額療養費	円
				※公費負担点数	点
				※公費負担点数	点

*受給者証区分 親初
*受診形態 入院・通院（再診月）
(初診料算定無)

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

- 患者窓口負担：なし
- 「一部負担金額」欄：記載なし

–6–

医科記載例③-1

*受給者証区分

親課

(18歳年度末までの児童)

*受診形態

入院・通院

(初診・再診共通)

被保険者資格に係る
記号・番号

(枝番)

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府 医
県番号

令和 年 月 分

公費負担者番号①	9	3	0	1	0	0	4	9	公費負担者番号②	9	4	0	1	0	0	4	8
医療の受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	*	医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*	*	*

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生

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 (1)	年	月	日	転	治療	死亡	中止	診療	保険	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>

保険者負担分 7,000 円 × 8 割 = 5,600 円

公費①負担分 7,000 円 × 1 割 = 700 円

公費②負担分 7,000 円 × 1 割 = 700 円

→10 割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

<小学生以上>

保険者負担分 7,000 円 × 7 割 = 4,900 円

公費①負担分 7,000 円 × 2 割 = 1,400 円

公費②負担分 7,000 円 × 1 割 = 700 円

→10 割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

● 患者窓口負担：なし

● 「一部負担金額」欄

公費①：総医療費の 1 割 (1 円単位)、公費②：記載なし

※公費①について、1 割が月額上限額 (通院のみ 18,000 円、入院あり 57,600 円) を超える場合は月額上限額を記載

※同月中に複数回受診がある場合は、請求点数、公費①の「一部負担金額」とともに合計の点数・金額を記載

療養の給付	請求	700	点	※	点	円	減額 制 (特例) 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
公費①			点	※	点	円	700				
公費②			点	※	点	円					

医科記載例③-3

*受給者証区分

親課

(18歳年度末以降の児童)

*受診形態

通院(初診料算定有)

1割が580円未満の場合

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府
県番号

令和 年 月 分

公費負担者番号①	93010049	医療の受給者番号①	*****
公費負担者番号②	94010048	医療の受給者番号②	*****

被保険者資格に係る
記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生
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	(1)	年	月	日	転	治療	死亡	中止	診療	保険	日
病	(2)	療	(2)	年	月	日					療	公費	日
名	(3)	開	(3)	年	月	日					実	公費①	日
		始					帰				日	公費②	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、1割の額(500円)を市が初診時一部負担金として助成。

保険者負担分 5,000円×7割 = 3,500円

公費①負担分 5,000円×3割－500円(1割) = 1,000円

公費②負担分 初診時一部負担金
(1割が580円に満たないため1割の額となる) 500円

→10割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

● 患者窓口負担：なし

● 「一部負担金額」欄

公費①：総医療費の1割(1円単位)、公費②：記載なし

※同月中に複数回受診がある場合は、請求点数、公費①の「一部負担金額」ともに合計の点数・金額を記載

※1割の額が580円以上の場合は8ページを参照

※月中に初診・再診がある場合は、10・11ページを参照

療	保	請	求	点	※	決	定	点	一部負担金額	円
養	険			500						
の					点	※		点	減額 割増 免除 支払猶予	円
給	公								500	
付	費①				点	※		点		円
費②										

医科記載例③-4

*受給者証区分

親課

(18歳年度末以降の児童)

*受診形態

通院(初診料算定有)

同月中に初診と再診がある場合

初診時の1割が580円以上

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県
番号

令和 年 月 分

公費負担者番号①	93010049	医療の受給者番号①	*****
公費負担者番号②	94010048	医療の受給者番号②	*****

被保険者資格に係る
記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

1男 2女 1男 2大 3昭 4平 5令 . . . 生
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	(1)	年	月	日	転	治療	死亡	中止	診	保	日
病	(2)	療	(2)	年	月	日					療	険	日
名	(3)	開	(3)	年	月	日	帰				実	公	日
		始									日	費	
		日									数	①	日
											②	公	日

【医療費内訳】

1日目(初診料算定有)の医療費(10割)が7,000円とすると…

保険者負担分 7,000円×7割 = 4,900円

公費①負担分 7,000円×3割-700円(1割) = 1,400円

公費②負担分 初診時一部負担金 580円

→患者負担分 120円

※700円(1割)-580円(初診時一部負担金)=120円

2日目(再診)の医療費(10割)が3,000円とすると…

保険者負担分 3,000円×7割 = 2,100円

公費①負担分 3,000円×3割-300円(1割) = 600円

公費②負担分 なし

→患者負担分 300円

↓

月内の金額(1日目・2日目の合計)

保険者負担分 4,900円+2,100円=7,000円

公費①負担分 1,400円+600円 = 2,000円

公費②負担分 580円

→患者負担分 120円+300円=420円

●患者窓口負担

初診時(1割-580円)と
再診時(1割)の合計金額

●「一部負担金額」欄

公費①：月内合計医療費の1割
(1円単位)

公費②：初診時(1割-580円)
と再診時(1割)の患者
負担合計金額(1円単位)

※公費①について、1割が月額上限額
(通院のみ18,000円)を超える場合は
月額上限額を記載

月中に複数回受診
している場合は、月中
の受診の合計点数を
記載

療養の給付	請求	1,000	一部負担金額	円
	公費①		減額(初診料免除)払割予	円
	公費②		1,000	円
	点	※	点	円
			420	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③-5

*受給者証区分

親課

(18歳年度末以降の児童)

*受診形態

通院(初診料算定有)

同月中に初診と再診がある場合

初診時の1割が580円未満

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府
県番号

令和 年 月 分

公費負担者番号①	93010049	医療の受給者番号①	*****
公費負担者番号②	94010048	医療の受給者番号②	*****

被保険者資格に係る
記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生
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	(1)	年	月	日	転	治療	死亡	中止	診	保	日
病	(2)	療	(2)	年	月	日					療	険	日
名	(3)	開	(3)	年	月	日					実	公	日
		始									日	費	
		日					帰				数	①	日
											②	公	日
												費	

【医療費内訳】

1日目(初診料算定有)の医療費(10割)が5,000円とすると…

保険者負担分 5,000円×7割 = 3,500円

公費①負担分 5,000円×3割-500円(1割) = 1,000円

公費②負担分 初診時一部負担金 500円

~(1割が580円に満たないため1割の額となる)~

→患者負担分 0円

※1割が580円に満たない場合については9ページ参照

2日目(再診)の医療費(10割)が3,000円とすると…

保険者負担分 3,000円×7割 = 2,100円

公費①負担分 3,000円×3割-300円(1割) = 600円

公費②負担分 なし

→患者負担分 300円

↓

月内の金額(1日目・2日目の合計)

保険者負担分 3,500円+2,100円=5,600円

公費①負担分 1,000円+600円 = 1,600円

公費②負担分 500円

→患者負担分 0円+300円=300円

●患者窓口負担

再診時分の1割

●「一部負担金額」欄

公費①：月内合計医療費の

1割(1円単位)

公費②：再診時分の1割

の金額(1円単位)

※公費①について、1割が月額上限額

(通院のみ18,000円)を超える場合

は月額上限額を記載

月中に複数回受診
している場合は、月中
の受診の合計点数を
記載

療	保	請	800	一部負担金額	
養	険			減額 割増 免除 支払猶予	円
の					
公					
費					
①					
給					
公					
費					
②					
付					

800

300

医科記載例④

*受給者証区分

親課

(18歳年度末以降の児童・親)

*受診形態

入院・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
県番号

令和 年 月 分

公費負担者番号	93010049	公費負担者番号①	*****
公費負担者番号		公費負担者番号②	

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

被保険者資格に係る
記号・番号

(枝番)

名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

の所在
地及び
名称

(床)

傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	転	治療	死亡	中止	診療日数	保険公費①公費②	日
	(2)		(2)	年	月	日							日
	(3)		(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…

保険者負担分 7,000円×7割= 4,900円

公費①負担分 7,000円×3割-700円(1割) = 1,400円

公費②負担分 なし

→9割を保険者と公費で負担するため、患者負担分は700円(1割)

● 患者窓口負担：総医療費の1割

● 「一部負担金額」欄：総医療費の1割(1円単位)

※公費①について、1割が月額上限額(通院のみ18,000円、入院あり57,600円)を超える場合は月額上限額を記載

※同月中に複数回受診がある場合は、請求点数、公費①の「一部負担金額」とともに合計の点数・金額を記載

療養の給付	請求点数	700	決定点数	一部負担金額	円	減額(田舎除)支払額	円	※高額療養費	円	※公費負担点数	点	※公費負担金額	点

-13-

診療報酬明細書
 ○ (歯科) 令和 年 月 分

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

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

歯科記載例②
 *受給者証区分 親初
 *受診形態 再診月
 (初診料算定無)

被保険者資格に係る記号・番号	(枝番)
----------------	------

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>

保険者負担分 7,000 円 × 8 割 = 5,600 円

公費①負担分 7,000 円 × 2 割 = 1,400 円

公費②負担分 なし

→10 割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は 0 円

<小学生以上>

保険者負担分 7,000 円 × 7 割 = 4,900 円

公費①負担分 7,000 円 × 3 割 = 2,100 円

公費②負担分 なし

→10 割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は 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	合計	700	点
	点数	決定	※			
	患者負担額（公費）		円	決定	※	点
	高額療養費	※	円	一部負担	減額 割(円)	円
				金額	免除・支払猶予	

歯科記載例③-1

診療報酬明細書

○ (歯科) 令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関番号

*受給者証区分

親課

(18歳年度末までの児童)

*受診形態

初診・再診共通

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

被保険者資格に係る記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等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>

保険者負担分 7,000円×8割=5,600円

公費①負担分 7,000円×1割= 700円

公費②負担分 7,000円×1割= 700円

→10割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

<小学生以上>

保険者負担分 7,000円×7割=4,900円

公費①負担分 7,000円×2割=1,400円

公費②負担分 7,000円×1割= 700円

→10割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

●患者窓口負担：なし

●「患者負担額(公費)」欄(公費①)：総医療費の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

(公費負担者番号欄に入力可能な場合は、そちらへ御入力ください。)

※公費①について、1割が月額上限額(通院のみ18,000円、入院あり57,600円)を超える場合は月額上限額を記載

※同月中に複数回受診がある場合は、請求点数、公費①の「患者負担額(公費)」とともに合計の点数・金額を記載

公2(94010048)、受(*****)	公費分	請求	点	点	合計	700	点
実日数(○日)	点数	決定	※	点			
請求点数：700点	患者負担額(公費)				700	円	点
患者負担額：0円	高額療養費	※	円	一部負担	減額(円)		円
				金額	免除・支払猶予		

歯科記載例③-2

*受給者証区分

親課

(18歳年度末以降の児童・親)

*受診形態

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) 令和 年 月 分

都道府
県番号

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

被保険者資格に係る記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等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	治愈	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…

保険者負担分 7,000円×7割 = 4,900円

公費①負担分 7,000円×3割-700円(1割) = 1,400円

公費②負担分 初診時一部負担金 510円

→9割+初診時一部負担金を保険者と公費で負担するため、患者負担分は190円

※700円(1割)-510円(初診時一部負担金)=190円

- 患者窓口負担：総医療費の1割-510円
- 「患者負担額(公費)」欄(公費①)：総医療費の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 総医療費の1割-510円(1円単位)

(公費負担者番号欄に入力可能な場合は、そちらへ御入力ください。)

※同月中に複数回受診がある場合の初診時一部負担金は、請求点数、「患者負担額(公費)」ともに合計の点数・金額を記載

※月中に初診が複数回ある場合は510円×回数

※公費①について、1割が月額上限額(通院のみ18,000円、入院あり57,600円)を超える場合は月額上限額を記載

※1割の額が510円に満たない場合は、17ページを参照

※月中に初診・再診がある場合は、18・19ページを参照

公2(94010048)、受(*****)

実日数(○日)

請求点数：700点

患者負担額：190円

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

歯科記載例③-3

*受給者証区分

親課

(18歳年度末以降の児童)

*受診形態

初診料算定有

1割が510円未満の場合

診療報酬明細書

○ (歯科) 令和 年 月 分

都道府
県番号

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

被保険者資格
に係る記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等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、1割の額(500円)を市が初診時一部負担金として助成。

保険者負担分 5,000円×7割 = 3,500円

公費①負担分 5,000円×3割－500円(1割) = 1,000円

公費②負担分 初診時一部負担金
(1割が510円に満たないため1割の額となる) 500円

→10割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

●患者窓口負担：なし

●「患者負担額(公費)」欄(公費①)：総医療費の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

(公費負担者番号欄に入力可能な場合は、そちらへ御入力ください。)

※同月中に複数回受診がある場合は、請求点数、「患者負担額(公費)」ともに合計の点数・金額を記載

※1割の額が510円以上の場合は、16ページを参照

※月中に初診・再診がある場合は、18・19ページを参照

公2(94010048)、受(*****)

実日数(○日)

請求点数：500点

患者負担額：0円

公費分 点数	請求 決定	※	点	合 計	500	点
患者負担額 (公費)			500	円	決定	点
高額療養費	※	円	一部負担 金額	減額 免除・支払猶予	割(円)	円

歯科記載例③-4

*受給者証区分

親課

(18歳年度末以降の児童)

*受診形態

初診料算定有

同月中に初診と再診がある場合

初診時の1割が510円以上

診療報酬明細書

○ (歯科) 令和 年 月 分

都道府
県番号

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

被保険者資格に係る記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等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】

1日目(初診料算定有)の医療費(10割)が7,000円とすると…

保険者負担分 7,000円×7割 = 4,900円

公費①負担分 7,000円×3割-700円(1割) = 1,400円

公費②負担分 初診時一部負担金 510円

→患者負担分 190円

※700円(1割)-510円(初診時一部負担金)=190円

2日目(再診)の医療費(10割)が3,000円とすると…

保険者負担分 3,000円×7割 = 2,100円

公費①負担分 3,000円×3割-300円(1割) = 600円

公費②負担分 なし

→患者負担分 300円

↓

月内の金額(1日目・2日目の合計)

保険者負担分 4,900円+2,100円=7,000円

公費①負担分 1,400円+600円 = 2,000円

公費②負担分 510円

→患者負担分 190円+300円=490円

●患者窓口負担

初診時(1割-510円)と

再診時(1割)の合計金額

●「患者負担額(公費)」欄(公費①)

月内合計医療費の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：初診時(1割-

510円)と再診時(1割)の患者負担

合計金額(1円単位)

(公費負担者番号欄に入力可能な場合は、そちらへ御入力ください。)

※公費①について、1割が月額上限額(通院のみ18,000円)を超える場合は月額上限額を記載

月中に複数回受診している場合は、月中の受診の合計点数を記載

公2(94010048)、受(*****)	公費分	請求	点	合計	1,000
実日数(○日)	点数	決定	※	点	
請求点数：1,000点	患者負担額(公費)		1,000	円	
患者負担額：490円	高額療養費		※	円	
				一部負担	減額
				金額	割(円)
					免除・支払猶予

歯科記載例③-5

*受給者証区分

親課

*受診形態

(18歳年度末以降の児童)
初診料算定有
同月中に初診と再診がある場合
初診時の1割が510円未満

診療報酬明細書

○ (歯科) 令和 年 月 分

都道府
県番号

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

被保険者資格
に係る記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等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	治療	死亡	中止

【医療費内訳】

1日目(初診料算定有)の医療費(10割)が5,000円とすると…

保険者負担分 5,000円×7割 = 3,500円

公費①負担分 5,000円×3割-500円(1割) = 1,000円

公費②負担分 初診時一部負担金 500円

(1割が510円に満たないため1割の額となる)

→患者負担分 0円

※1割が510円に満たない場合については17ページ参照

2日目(再診)の医療費(10割)が3,000円とすると…

保険者負担分 3,000円×7割 = 2,100円

公費①負担分 3,000円×3割-300円(1割) = 600円

公費②負担分 なし

→患者負担分 300円

↓

月内の金額(1日目・2日目の合計)

保険者負担分 3,500円+2,100円=5,600円

公費①負担分 1,000円+600円 = 1,600円

公費②負担分 500円

→患者負担分 0円+300円=300円

●患者窓口負担

再診時分の1割

●「患者負担額(公費)」欄(公費①)

月内合計医療費の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割の金額

(1円単位)

(公費負担者番号欄に入力可能な場合は、そちらへ御入力ください。)

※公費①について、1割が月額上限額(通院のみ18,000円)を超える場合は月額上限額を記載

月中に複数回受診している場合は、月中の受診の合計点数を記載

公2(94010048)、受(******)	公費分	請求	点	点	合計	800	点
実日数(○日)	点数	決定	※	点			
請求点数：800点	患者負担額(公費)				800	円	決定
患者負担額：300円	高額療養費	※	円	一部負担	減額	割(円)	円
				金額	免除・支払猶予		

歯科記載例④

*受給者証区分

親課

(18歳年度末以降の児童・親)

*受診形態

再診月

(初診料算定無)

診療報酬明細書

○ (歯科) 令和 年 月 分

都道府
県番号

公費負担者番号	9	3	0	1	0	0	4	9	公費負担 診療の 受給者番号	*	*	*	*	*	*	*
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------	---	---	---	---	---	---	---

被保険者資格
に係る記号・番号

(枝番)

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等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	治愈	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…

保険者負担分 7,000円×7割＝4,900円

公費①負担分 7,000円×3割－700円（1割）＝1,400円

公費②負担分 なし

→9割を保険者と公費で負担するため、患者負担分は700円（1割）

● 患者窓口負担：総医療費の1割

● 「患者負担額（公費）」欄（公費①）：総医療費の1割（1円単位）

※公費①について、1割が月額上限額（通院のみ18,000円、入院あり57,600円）を超える場合は月額上限額を記載

※同月中に複数回受診がある場合は、請求点数、「患者負担額（公費）」ともに合計の点数・金額を記載

摘 要	公費分 点数	請求 決定	※	点	合 計	700	点
	患者負担額 （公費）			700	※		点
	高額療養費	※	円	一部負担 金額	減額 免除・支払猶予	割(円)	円

調剤記載例①

*受給者証区分

親初

○調剤報酬明細書

令和 年 月 分

都道府 薬局コード
県番号

公費負担者番号①	93010049	公費負担医療の受給者番号①	*****	保険者番号		給付割合	1098 7()
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		被保険者資格に係る記号・番号		(枝番)	
名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 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			
保険医療機関の所在地及び名称				保険医氏名	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	受付回数 保険 回 公費① 回 公費② 回
都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					

該当する公費負担者番号を記載

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

【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>

保険者負担分 7,000円×8割=5,600円

公費①負担分 7,000円×2割=1,400円

公費②負担分 なし

→10割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

<小学生以上>

保険者負担分 7,000円×7割=4,900円

公費①負担分 7,000円×3割=2,100円

公費②負担分 なし

→10割すべてを保険者と公費で負担するため、患者負担分は0円

● 患者窓口負担：なし

● 「一部負担金額」欄：記載なし

請求点※	薬学管理料点
700	
減額 割(円) 免除・支払猶予	
公費① 点※ 点	点
公費② 点※ 点	点

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

調剤記載例②-1

*受給者証区分 **親課**

（18 歳年度末までの児童）

○ 調劑報酬明細書

令和 年 月分

都道府 薬局コード
県番号

—	—	保険者番号	給付割合 10 9 8 7 ()
公費負担者番号① 9 3 0 1 0 0 4 9	公費負担医療の受給者番号① *****	被保険者資格に係る 記号・番号 (枝番)	
公費負担者番号② 9 4 0 1 0 0 4 8	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

ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載

氏名 職別 1 職別1 2 1 船後3月以内 3 通勤災害	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 2 3 4 5	保険 6 7 8 9 10	受付回数 保険 公費① 公費②	回 回 回
-------------------------------------	--	-------------------------------	------------------------------	--------------------------	-------------

【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＞

保険者負担分 $7,000 \text{ 円} \times 8割 = 5,600 \text{ 円}$

公費①負担分 $7,000 \text{ 円} \times 1 \text{ 割} = \underline{700 \text{ 円}}$

公費②負担分 $7,000 \text{ 円} \times 1 \text{ 割} = 700 \text{ 円}$

→10割すべてを保険者と公費で負担するため、
患者負担分は0円

＜小学生以上＞

保険者負担分 $7,000 \text{ 円} \times 7 \text{ 割} = \underline{4,900 \text{ 円}}$

公費①負担分 $7,000 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} = 1,400 \text{ 円}$

公費②負担分 $7,000 \text{ 円} \times 1 \text{ 割} = \underline{700 \text{ 円}}$

→10割すべてを保険者と公費で負担するため、
患者負担分は0円

- 患者窓口負担：なし
- 「一部負担金額」欄
公費①：総医療費の1割（1円単位）
公費②：記載なし

※公費①について、1割が月額上限額
(18,000円)を超える場合は月額上限額
を記載

※同月中に複数回調剤がある場合は、請求点数、公費①の「一部負担金額」とともに合計の点数・金額を記載

保 険	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金 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	※ 点	円	点	点	点
公 費 ②	点	※ 点	円	点	点	点

調剤記載例②-2

*受給者証区分 **親課**

(18歳年度末以降の児童)

○調剤報酬明細書

令和 年 月 分

都道府県 薬局コード
県番号

公費負担者番号①	93010049	公費負担医療の受給者番号①	*****	保険者番号		給付割合	1098 7()
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		被保険者資格に係る記号・番号	(枝番)		
該当する公費負担者番号を記載				ひとり親家庭等医療費受給者番号を記載			
名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生			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			所在地及び名称			
保険医療機関の所在地及び名称				氏名			
都道府県番号	点数表番号	医療機関コード		氏名			
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102	103	104
105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128
129	130	131	132	133	134	135	136
137	138	139	140	141	142	143	144
145	146	147	148	149	150	151	152
153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174	175	176
177	178	179	180	181	182	183	184
185	186	187	188	189	190	191	192
193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208
209	210	211	212	213	214	215	216
217	218	219	220	221	222	223	224
225	226	227	228	229	230	231	232
233	234	235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246	247	248
249	250	251	252	253	254	255	256
257	258	259	260	261	262	263	264
265	266	267	268	269	270	271	272
273	274	275	276	277	278	279	280
281	282	283	284	285	286	287	288
289	290	291	292	293	294	295	296
297	298	299	300	301	302	303	304
305	306	307	308	309	310	311	312
313	314	315	316	317	318	319	320
321	322	323	324	325	326	327	328
329	330	331	332	333	334	335	336
337	338	339	340	341	342	343	344
345	346	347	348	349	350	351	352
353	354	355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366	367	368
369	370	371	372	373	374	375	376
377	378	379	380	381	382	383	384
385	386	387	388	389	390	391	392
393	394	395	396	397	398	399	400
401	402	403	404	405	406	407	408
409	410	411	412	413	414	415	416
417	418	419	420	421	422	423	424
425	426	427	428	429	430	431	432
433	434	435	436	437	438	439	440
441	442	443	444	445	446	447	448
449	450	451	452	453	454	455	456
457	458	459	460	461	462	463	464
465	466	467	468	469	470	471	472
473	474	475	476	477	478	479	480
481	482	483	484	485	486	487	488
489	490	491	492	493	494	495	496
497	498	499	500	501	502	503	504
505	506	507	508	509	510	511	512
513	514	515	516	517	518	519	520
521	522	523	524	525	526	527	528
529	530	531	532	533	534	535	536
537	538	539	540	541	542	543	544
545	546	547	548	549	550	551	552
553	554	555	556	557	558	559	560
561	562	563	564	565	566	567	568
569	570	571	572	573	574	575	576
577	578	579	580	581	582	583	584
585	586	587	588	589	590	591	592
593	594	595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606	607	608
609	610	611	612	613	614	615	616
617	618	619	620	621	622	623	624
625	626	627	628	629	630	631	632
633	634	635	636	637	638	639	640
641	642	643	644	645	646	647	648
649	650	651	652	653	654	655	656
657	658	659	660	661	662	663	664
665	666	667	668	669	670	671	672
673	674	675	676	677	678	679	680
681	682	683	684	685	686	687	688
689	690	691	692	693	694	695	696
697	698	699	700	701	702	703	704
705	706	707	708	709	710	711	712
713	714	715	716	717	718	719	720
721	722	723	724	725	726	727	728
729	730	731	732	733	734	735	736
737	738	739	740	741	742	743	744
745	746	747	748	749	750	751	752
753	754	755	756	757	758	759	760
761	762	763	764	765	766	767	768
769	770	771	772	773	774	775	776
777	778	779	780	781	782	783	784
785	786	787	788	789	790	791	792
793	794	795	796	797	798	799	800
801	802	803	804	805	806	807	808
809	810	811	812	813	814	815	816
817	818	819	820	821	822	823	824
825	826	827	828	829	830	831	832
833	834	835	836	837	838	839	840
841	842	843	844	845	846	847	848
849	850	851	852	853	854	855	856
857	858	859	860	861	862	863	864
865	866	867	868	869	870	871	872
873	874	875	876	877	878	879	880
881	882	883	884	885	886	887	888
889	890	891	892	893	894	895	896
897	898	899	900	901	902	903	904
905	906	907	908	909	910	911	912
913	914	915	916	917	918	919	920
921	922	923	924	925	926	927	928
929	930	931	932	933	934	935	936
937	938	939	940	941	942	943	944
945	946	947	948	949	950	951	952
953	954	955	956	957	958	959	960
961	962	963	964	965	966	967	968
969	970	971	972	973	974	975	976
977	978	979	980	981	982	983	984
985	986	987	988	989	990	991	992
993	994	995	996	997	998	999	1000

【医療費内訳】

全体の医療費（10割）が7,000円とすると…

保険者負担分 7,000円×7割＝4,900円

公費①負担分 7,000円×3割－700円（1割）＝1,400円

公費②負担分 なし

→9割を保険者と公費で負担するため、患者負担分は700円（1割）

●患者窓口負担：総医療費の1割

●「一部負担金額」欄 公費①：総医療費の1割（1円単位）

※公費①について、1割が月額上限額（18,000円）を超える場合は月額上限額を記載

※同月中に複数回調剤がある場合は、請求点数、公費①の「一部負担金額」とともに合計の点数・金額を記載

保 険	請 求 点 数	※ 決 定 点 数	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	700	点	点	点
公費②	点	点		点	点	点

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

ひとり親家庭等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。

旭川市子育て支援部子育て助成課（ひとり親家庭等医療費助成担当）

電話 ０１６６－２５－６４４６（直通）