

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8年8月版

旭川市市民生活部国民健康保険課
旭川市こども・女性・若者未来部子育て助成課

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歳年度末過ぎ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
			3歳～18歳年度末まで	18歳年度末過ぎ		
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	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歳年度末過ぎ				
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							

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^o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) ともに

- ・18歳年度末までは自己負担なし
- ・18歳年度末過ぎは総医療費の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。

[illegible]

障課		重度心身障害者医療費受給者証			
公費負担者番号	45010048 46010047	北海道医療給付事業 北海道医療給付事業の拡大助成			
受給番号	0941203				
受給者	住所	7条通9丁目 総合庁舎2階			
	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 1割	*年 令和 令和	*月 8年 8年	*日 から *日 まで 1日 から 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 8年 7月 14日			旭川市長之印

〈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歳年度末過ぎ及び親は総医療費の1割負担（月額上限あり）

レセプトに公費負担者番号と
受給者番号を記載

公費負担者番号と受給者番号が
記載されています。

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		
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 20年 12月 15日	性別	男
有効期間	一部負担金	無	令和 8年 8月 1日 から 令和 9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 令和 8年 7月 ***日 旭川市長之印		

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。

〈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。

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初診時一部負担金助成	
	92010040	旭川市独自事業	
受給者番号	2399999		
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 5年 10月 15日	性別	女
有効期間	令和 8年 8月 1日から 令和 9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 令和 8年 7月 15日 北海道旭川市長之印		

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	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) <公費②> 記載なし
		障課				
	18歳年度末過ぎ	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			
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) <公費②> 記載なし
		親課				
	18歳年度末過ぎの児童・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			
子ども	小学生まで	子初・子課・子	なし	①90010042 ②91010041	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
	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 】

- 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 受給者が 3 歳未満の場合、公費①の負担金額の上限は、※初 の区分であっても、非課税世帯で 8,000 円、課税世帯で 18,000 円となりますので、担当課に個別に確認してください。

【 18 歳年度末過ぎの受給者・（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 歳年度末過ぎの受給者・（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 ・ 子 の区分においては、医療保険と「9 0」「9 1」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 受給者が 3 歳未満の場合、公費①の負担金額の上限は、子初 の区分であっても、非課税世帯で 8,000 円、課税世帯で 18,000 円となりますので、担当課に個別に確認してください。

【 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「9 2」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
（※ 1 0 月から医療情報基盤・診療報酬審査支払機構に名称変更）

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番 訪問看護ステーション番

令和 年 月 日

公費負担 番号①	9	2	0	1	0	0	4	0
公費負担 番号②								

公費負担医療 受給者番号①	*	*	*	*	*	*	*
公費負担医療 受給者番号②							

訪問看護記載例②

- ・ 中学生～高校生年代までの「子」
- 18歳年度末まで

氏		特	記

生

該当する公費負担者番号を記載

医療費受給者番号を記載

主治	医療機関の名称

【医療費内訳例】

全体の医療費（10割）が70,000円とすると…

(未就学児)

保険者 $70,000 \text{ 円} \times 8 \text{ 割} = 56,000 \text{ 円}$

公費① $70,000 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} = 14,000 \text{ 円}$

患者 0 円

(小学生以上)

保険者 $70,000 \text{ 円} \times 7 \text{ 割} = 49,000 \text{ 円}$

公費① $70,000 \text{ 円} \times 3 \text{ 割} = 21,000 \text{ 円}$

患者 0 円

×	日	円	円	3人以上	円	×	日	円	円	合計	請求	保険	70,000	円
×	日	円	円	准看護師							①公費		円	
×	日	円	円	1回	1人又は2人	円	×	日	円	円	②公費		円	
×	日	円	円		3人以上	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	日	円	円	2回	1人又は2人	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	日	円	円		3人以上	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	3回以上	1人又は2人	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円		3人以上	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	日	円	円	看護補助者	1人又は2人	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	日	円	円		3人以上	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	日	円	円	精神保健福祉士	1人又は2人	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円		3人以上	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	④⑩ 夜間・早期訪問看護加算		円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	④⑪ 深夜訪問看護加算		円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	④⑫ 精神科複数回訪問加算		円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	2回	1人又は2人	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円		3人以上	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	3回以上	1人又は2人	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円		3人以上	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	④⑬ 看護師等作業療法士		円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	基本療養費 I・II	1 緩和ケア	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	専門管理加算	1 緩和ケア	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	2 褥瘡ケア	2 褥瘡ケア	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	3 人工肛門・人工膀胱ケア	3 人工肛門・人工膀胱ケア	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	4 特定行為	4 特定行為	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	手順書交付年月日	年 月 日	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	直近見直し年月日	年 月 日	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	①公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年 月 日	円	×	日	円	円	②公費	※	円	
×	回	円	円	年 月 日	年									

印の欄は、記入しないこと。

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 市民生活部 国民健康保険課 後期高齢者医療係

電話 0 1 6 6 - 2 5 - 8 5 3 6（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 こども・女性・若者未来部 子育て助成課

電話 0 1 6 6 - 2 5 - 6 4 4 6（直通）