

札幌市医療費助成制度の事務取扱について

(子ども医療費助成、重度心身障がい者医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成)

令和 7 年4月

札 幌 市

目 次

第 1 章	子ども医療費助成制度について	1
1	目 的	1
2	対象者	1
3	助成の範囲	1
4	受給者証	2
5	助成の方法	2
	【受給者証の表示内容についての説明】	3
第 2 章	重度心身障がい者医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成について	4
1	目 的	4
2	対象者	4
3	助成の範囲	5
4	受給者証	6
5	助成の方法	7
	【受給者証の表示内容についての説明】	8
第 3 章	医療機関の医療費請求等について（制度共通）	9
1	窓口の取り扱い	9
2	請求方法について	9
第 4 章	注意していただきたい取扱事例について	10
1	受給者証を使用しないで診療を受けた者の取扱い	10
2	月の途中から受給者証を提示した場合	10
3	受給者証を返還しないで診療を受けた者の取扱い	11
第 5 章	支払不能事由について	12
1	子ども医療費助成の主な支払不能事由	12
2	重度・ひとり親家庭等医療費助成の主な支払不能事由	13
3	北海道医療給付事業（子ども、重度心身障がい者、ひとり親家庭等）の一部負担金の端数処理（レセプト記載方法）について	14
第 6 章	受給者証の申請窓口	15
様式		
様式 1	子ども医療費受給者証	16
様式 2	重度心身障がい者医療費受給者証	17
様式 3	ひとり親家庭等医療費受給者証	18
様式 4	医療費助成用領収書	19
レセプト記載例		20

第1章 子ども医療費助成制度について

1 目 的

この制度は、18歳以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）の子どもを対象として、医療費の一部を保護者に助成することにより、子どもの保健の向上及び福祉の増進を図ることを目的とするものです。

2 対象者

- (1) 札幌市に住民登録をしていて、公的医療保険に加入している18歳以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）の子ども。
- (2) 子どもの生計を主として維持する方の前年（1～7月に申請する場合は前々年）の所得額が限度額未満であること。
- (3) 生活保護法による保護を受けていないこと。

3 助成の範囲

医療費のうち保険診療による自己負担額が助成対象となります。

ただし、次の(1)～(5)のものは助成の対象となりません。

(1) 一部負担金

18歳以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）の子ども

初診時には次の一部負担金が発生しますので、医療機関等の窓口で徴収して下さい。

◆ **初診時一部負担金** **医科580円** **歯科510円**

◇ 訪問看護療養費

年齢や住民税課税状況に関係なく、一部負担金は訪問看護ステーションごと（1レセプトごと）に療養費の1割（1か月3,000円限度）となります。

- (2) 他の法令等により給付される医療費
- (3) 高額療養費
- (4) 健康保険組合、共済組合から支給される家族付加給付金相当額
- (5) 公的医療保険の対象とならない費用

4 受給者証

- (1) 「受給者証」は、この制度により助成を受けられる者であることを証明するものです。市では、保護者の申請に基づいて資格認定後に「受給者証」を交付します。
- (2) お子さんが診療を受ける際には「健康保険情報を確認できるもの」とともに「受給者証」を医療機関等の窓口に提示するものとします。

5 助成の方法

(1) 現物給付方法

医療機関等の窓口で保険診療による自己負担額の徴収を必要としない方法です。（一部負担金が発生する場合は保護者負担）

(2) 現金給付（償還給付）方法

北海道外で診療を受けた場合、受給者証の提示なく診療を受けた場合等は、保護者はいったん保険診療による自己負担額を支払い、医療機関等から領収書の交付を受け、札幌市（区役所保健福祉課）に請求する方法です。

【参考：受給者証の表示内容についての説明】

年 齢	受 給 者 証 の 表 示				自 己 負 担 額
	証の色	受給者番号	課税・ 非課税	左上の 表示	
18歳に達する日以後の最初の3月31日まで	桃 色	7桁の数字	区分なし	表示なし	入院、通院とも初診時に一部負担金として医科580円・歯科510円(保険診療の自己負担額が初診時一部負担金に満たないときは、保険診療の自己負担額)を徴収。

※訪問看護療養費は年齢や住民税課税状況に関係なく、一部負担金は訪問看護ステーションごと(1レセプトごと)に療養費の1割(1か月3,000円限度)となります。

受給者証書の見本

札幌市子ども医療費受給者証			
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
公費負担者 番号	92014000	受給者 番号	
対象者	氏 名		
	生年月日	年 月 日生	
	住 所		

第2章 重度心身障がい者医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成制度について

1 目 的

この制度は、障がいのある方、ひとり親家庭等の親及び子の保健の向上や福祉の増進を図ることを目的とするものです。

2 対象者

(1) 重度心身障がい者医療費助成

- ・札幌市に住民登録をしている公的医療保険の被保険者（組合員）の方、もしくはその公的医療保険の被扶養者となっている方。
- ・受給者の生計を主として維持する方の前年（1～7月に申請する場合は前々年）の所得額が限度額未満であること。
- ・重度心身障がい者であること。
 - ①身体に障がいのある方で、1～3級（ただし、3級にあつては、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫、または肝臓の機能障がいに限る）の身体障害者手帳をお持ちの方。
 - ②知的障がいのある方で、「A」と判定された療育手帳をお持ちの方、または「重度」と判定（診断）された方。
 - ③精神障がいのある方で、1級の精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方。
- ・生活保護法による保護を受けていないこと。

(2) ひとり親家庭等医療費助成

- ・札幌市に住民登録をしている公的医療保険の被保険者（組合員）の方、もしくはその公的医療保険の被扶養者となっている方。
- ・受給者の生計を主として維持する方の前年（1～7月に申請する場合は前々年）の所得額が限度額未満であること。
- ・ひとり親家庭等であること。

【子】

- ① ひとり親家庭の親に扶養もしくは監護されている18歳以下（※）の子
- ② ひとり親家庭の親に扶養されている19歳以上20歳未満の子
- ③ 両親の死亡等により両親以外の者に扶養されている20歳未満の子

【親】

① ひとり親家庭の親であり、18歳以下（※）の子を扶養または監護している

② ひとり親家庭の親であり、19歳以上20歳未満の子を扶養している

（※）18歳に達する日以後の最初の3月31日まで

・生活保護法による保護を受けていないこと。

3 助成の範囲

医療費のうち保険診療による自己負担額を助成いたします。

ただし、次の(1)～(5)のものは助成の対象となりません。

(1) 一部負担金

次の一部負担金が発生する場合は、医療機関等の窓口で徴収して下さい。

重度心身障がい者医療費助成

		通院	入院	指定訪問看護
18 歳以下の子(※1)		初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円 柔道整復 270 円		療養費の 1 割(※3) ＜限度額＞ 3,000 円/月
19 歳 以上の 方 (※2)	生計維持者 住民税 非課税	初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円 柔道整復 270 円	初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円	
	生計維持者 住民税課税	保険診療の 1 割金額 ＜限度額＞ 1 医療機関ごと 3,000 円/月 (院内処方の場合は 6,000 円/月) 18,000 円/月 個人年額上限 144,000 円 (8 月～翌年 7 月)	保険診療の 1 割金額 ＜限度額＞ 1 医療機関ごと 57,600 円/月 (入院時に作成した装具も同様)	
		世帯 57,600 円/月 多数回該当(※)の場合は 44,400 円/月 (※) 多数回該当は医療費助成認定後 4 回目の限度額超過から適用		

(※1) 0歳から18歳に達する日以後最初の3月31日まで

(※2) 18歳に達する日以後最初の4月1日以降

(※3) 指定訪問看護療養費は年齢や住民税課税状況に関係なく、一部負担金は訪問看護ステーションごと（1レセプトごと）に療養費の1割（1か月3,000円限度）となります。

ひとり親家庭等医療費助成

		通院	入院	指定訪問看護
18 歳以下の子(※1)		初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円 柔道整復 270 円		療養費の 1 割(※3) ＜限度額＞ 3,000 円/月
19 歳 以上の 方 (※2)	生計維持者 住民税 非課税	初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円 柔道整復 270 円	初診時一部負担金 医科 580 円 歯科 510 円	
	生計維持者 住民税課税	父・母は対象外 保険診療の 1 割金額 ＜限度額＞ 1 医療機関ごと 3,000 円/月 (院内処方の場合は 6,000 円/月) 18,000 円/月 個人年額上限 144,000 円 (8 月～翌 7 月)	保険診療の 1 割金額 ＜限度額＞ 1 医療機関ごと 57,600 円/月 (入院時に作成した装具も同様)	
		世帯 57,600 円/月 多数回該当(※)の場合は 44,400 円/月 (※) 多数回該当は医療費助成認定後 4 回目の限度額超過から適用		

(※1)0歳から18歳に達する日以後最初の3月31日まで

(※2)18歳に達する日以後最初の4月1日以降

(※3)指定訪問看護療養費は年齢や住民税課税状況に関係なく、一部負担金は訪問看護ステーションごと（1レセプトごと）に療養費の1割（1か月3,000円限度）となります。

- (2) 他の法令等により給付される医療費
- (3) 高額療養費
- (4) 健康保険組合、共済組合から支給される家族付加給付金相当額
- (5) 公的医療保険の対象とならない費用

4 受給者証

- (1) 「受給者証」は、この制度により助成を受けられる者であることを証明するものです。市では、申請に基づいて資格認定後に「受給者証」を交付します。
- (2) 受給者が診療を受ける際には「健康保険情報を確認できるもの」とともに「受給者証」を医療機関等の窓口に提示するものとします。
- (3) 受給者証は制度ごとに様式が異なります。また、表示内容によって前述のとおり一部負担金の取扱が異なりますのでご注意ください。

※「受給者証の表示内容についての説明」（8頁参照）

5 助成の方法

(1) 現物給付方法

医療機関等の窓口で保険診療による自己負担額の徴収を必要としない方法です。
(一部負担金が発生する場合は受給者負担)

(2) 現金給付（償還給付）方法

北海道外で診療を受けた場合、受給者証の提示なく診療を受けた場合等は、受給者はいったん保険診療による自己負担額を支払い、医療機関等から領収書の交付を受け、札幌市（区役所保健福祉課）に請求する方法です。

【参考：受給者証の表示内容についての説明】

制度	受 給 者 証 の 表 示				自 己 負 担 額
	証の色	受給者番号	課税・ 非課税	左上の 表示	
重度心身障がい 者医療費助成	緑 色	7桁の数字	住民税 非課税	障初 老初	入院、通院とも初診の際、初診時一部負担金として 医科 580円 歯科 510円 柔道整復 270円を 徴収してください。 老初の方は、後期高齢者医療制度のみ有効です。
			住民税 課税	障課 老課	医療費の1割額を受給者から徴収してください。 詳しくは、5ページ参照 老課の方は、後期高齢者医療保険のみ有効です。
ひとり親家庭等医 療費助成	クリーム 色	7桁の数字	住民税 非課税	親初	入院、通院とも初診の際、初診時一部負担金として 医科 580円 歯科 510円 柔道整復 270円を 徴収してください。
			住民税 課税	親課	医療費の1割額を受給者から徴収してください。 詳しくは、6ページ参照 親は入院・指定訪問看護のみ助成対象となります。

※指定訪問看護療養費は年齢や住民税課税状況に関係なく、一部負担金は訪問看護ステーションごと(1レセプトごと)に療養費の1割(1か月3,000円限度)となります。

受給者証書の見本

重度心身障がい者医療費助成

障課		重度心身障がい者医療費受給者証	
公費負担者 番号	47014006	受給者 番号	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	

ひとり親家庭等医療費助成

親課		ひとり親家庭等 医療費受給者証	
公費負担者 番号	95014007	受給者 番号	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	

第3章 医療機関の医療費請求等について(制度共通)

1 窓口の取扱い

- (1) 保護者等は、市が発行した受給者証（16頁以降、様式1～3）を健康保険情報を確認できるものと一緒に医療機関へ提示して受診することになっております。受給者証には有効期間（期限）、公費負担者番号、受給者番号、対象者氏名・住所・生年月日、が記載してありますので確認してください。
- (2) 医療機関は、札幌市医療費助成制度の受給者であることを確認した場合は保険診療による自己負担額を徴収せず、後日、レセプトにて北海道国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金北海道支部経由で札幌市に請求してください。一部負担金が発生する場合は、窓口で徴収してください。
- (3) この制度は、健康保険法等による自己負担額を札幌市が受給者に対して現物で助成するものですので、保険診療以外の費用（薬の容器代・文書料・差額ベッド代・ジェネリック医薬品（後発医薬品）がある薬で希望により先発医薬品を利用する場合に別途かかる料金などの保険給付対象外の費用・入院時の食事療養に係る費用の自己負担分（食事療養標準負担額）など）は保護者等から徴収してください。

2 請求方法について

請求については、レセプトに医療費助成の公費負担者番号、受給者番号、請求点数、一部負担金を記載して、北海道国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金北海道支部にご請求ください。

レセプトの記載例は20頁以降を参照してください。その他の記載例については、札幌市または北海道国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金北海道支部のホームページをご覧ください。

第4章 注意していただきたい取扱事例について

現物給付は、受診の際に受給者証を医療機関の窓口に提示することが要件となります。したがって、下記の場合には、現物給付の対象となりませんので、十分ご注意ください。

1 受給者証を提示しないで診療を受けた者の取扱い

受給者証を忘れた等の理由により、受診時に受給者証が提示されない場合は現物給付の対象となりません。医療費助成を適用せず、保険診療による自己負担額を徴収してください。

2 月の途中から受給者証を提示した場合

月の初回に受給者証の提示がなく、月の途中で受給者証の提示があった場合は、提示のあった日のみ現物給付の対象となります。医療費助成の一部負担金を徴収してください。

※ 以上の場合のように受給者証の提示がない場合は、現物給付の対象となりませんが、現金給付で助成をすることになりますので、保険診療による自己負担額を徴収し、領収書を交付してください。

患者氏名、領収金額、診療報酬点数、診療日、初診の有無、領収年月日、医療機関名及び領収印、入院における表示が必要となります。載っていない領収書を発行している医療機関については、医療助成用の領収書（19頁参照）を参考にご作成ください。

また、月の一部で医療費助成を適用しない場合のレセプトの記載については、医療助成の公費欄の点数及び一部負担金額に、受給者証を適用した分のみを記載してください。

なお、後日、受給者証を確認し、過去の診療分に医療費助成を適用する場合は、次のとおりご注意ください。

- ・医療機関から返金する場合は、区役所との二重支給を防ぐため、必ず領収書原本の回収をお願いします。

- ・領収書を所持していない場合は、区役所が領収書を受領したうえで返金している可能性があります。各区役所保健福祉課福祉助成係へご確認ください。
- ・領収書を所持している場合でも、領収書に区役所の受付印が押印されている場合は、すでに区役所から返金しておりますので、医療機関からの払戻しは行わないでください。

3 受給者証を返還しないで診療を受けた者の取扱い

次の場合については、受給資格を喪失しておりますので、医療費助成の対象なりません。ただし、他市町村またはその他の制度の助成を受けられる場合があります。

(1) 他市町村へ転出した場合

転出した日から本市の受給資格はありませんので助成の対象とはなりません。

(2) 受給者証の有効期間（期限）が切れた場合

対象者としての資格を失っておりますので助成の対象となりません。

(3) 生活保護法による保護を受けている場合

生活保護法を優先いたしますので、助成の対象となりません。

(4) 児童福祉法の措置により、小規模住居型児童養育事業を行う者もしくは里親に委託され、または児童福祉施設に入所し、医療の給付を受けるようになったとき

(5) 前年の所得（1月から7月までは前々年の所得）が所得制限限度額を超えた場合は助成の対象となりません。

(6) 公的医療保険の資格がなくなった場合助成の対象となりません。

4 学校等の管理下で生じた怪我・疾病等での診療の取扱い

学校等の管理下で生じた怪我・疾病等での診療については、学校等が加入している保険（スポーツ振興センターの災害共済給付）を優先して適用することとなります。適用となる医療費については医療費助成の対象とはなりませんので、医療費助成を適用しないようお願いいたします。

第5章 支払不能事由について

次の支払不能事由に該当する場合は、札幌市からレセプトを返戻します。

支払不能の理由についてご不明な点は、市役所保険企画課医療助成係（☎211-2960）までお問い合わせください。

1 子ども医療費助成の主な支払不能事由

支 払 不 能 事 由	支 払 不 能 事 由 の 内 容
一部負担金誤り	●18歳以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）の方 一部負担金欄に初診時一部負担金以外の金額が記載されている ※初診時一部負担金は1ページ参照
資格取得前の診療 資格喪失後の診療	診療月時点で、札幌市子ども医療費助成の対象者ではない ※資格喪失後、再度新しい受給者番号で医療費受給者証を持っている場合があります。必ず現在の受給者証に記載されている受給者番号と有効期間をご確認ください。
受給者番号誤り	レセプトに記載された受給者番号が、受給者証に記載されている受給者番号と相違している。もしくは、札幌市子ども医療費助成の対象者ではない。
受給者へ給付済み	請求金額の一部又は全部を既に区役所から保護者へ支給済みである。
公費負担者番号誤り	レセプトに記載された公費負担者番号と公費受給者番号の組み合わせが不正である。 例）レセプトに記載された公費負担者番号は札幌市子ども医療費助成（92014000）であるが、公費受給者番号が札幌市重度心身障がい者医療費助成やひとり親家庭等医療費助成の番号である。

2 重度・ひとり親家庭等医療費助成の主な支払不能事由

支 払 不 能 事 由	支 払 不 能 事 由 の 内 容
一部負担金誤り (非課税該当)	●18 歳以下（18 歳になった日以後の最初の 3 月 31 日まで）の方、及び受給者証に【障初・老初・親初】の記載がある方（※） ・一部負担金に 1 割金額が記載されている ※住民税課税世帯の高校 3 年生世代の方は、受給者証に【●課 3 月末までは初診時一部負担金のみ】と記載されているためご注意ください。
一部負担金誤り (課税該当)	●受給者証に【障課・老課・親課】の記載がある方 ・一部負担金に 1 割金額の記載がない ・1 医療機関に支払う自己負担限度額を超過している ※一部負担金（1 割金額）の記載方法は 14 頁参照
給付外診療（親外来のため）	ひとり親医療の住民税課税世帯の母親または父親で、通院医療費の請求がされている
資格取得前の診療 資格喪失後の診療	診療月時点で、札幌市重度・ひとり親医療の医療費助成の対象者ではない ※資格喪失後、再度新しい受給者番号で医療費受給者証を持っている場合があります。必ず現在の受給者証に記載されている受給者番号と有効期間をご確認ください。
受給者番号誤り	・札幌市重度・ひとり親家庭等医療費助成の対象者ではない ・記載された受給者番号が、受給者証に記載されている受給者番号と相違
高確法該当のため	●【老初・老課】 後期高齢者医療保険以外の保険で請求されている
請求誤り	診療月時点で子ども医療費助成の受給者である、等
受給者へ給付済み	請求金額の一部又は全部を既に区役所から被保険者へ支給済みである
公費負担者番号誤り	レセプトに記載された公費負担者番号と公費受給者番号の組み合わせが不正である 例) レセプトに記載された公費負担者番号は札幌市重度心身障がい者医療費助成（47014006）であるが、公費受給者番号が札幌市子ども医療費助成の番号である。

3 北海道医療給付事業（子ども、重度心身障がい者、ひとり親家庭等）の一部負担金の端数処理（レセプト記載方法）について

一部負担金は原則 1 円単位の記載となりますが、医療保険の一部負担金の記載が 1 0 円単位の場合及び高額療養費の自己負担限度額が定額の場合は、1 0 円単位の記載をお願いします。

【高額療養費が現物給付された場合を除く】

保険種別		保険一部負担金欄	北海道医療給付事業の一部負担金欄
国保・社保 (一般)	入院	記載不要	1 円単位
	外来		
高齢受給者	入院	1 0 円未満四捨五入後	1 0 円未満四捨五入後 ※ 2
後期高齢者	外来	記載不要	1 円単位

【高額療養費が現物給付された場合 ※ 1】

保険種別		保険一部負担金欄	北海道医療給付事業の一部負担金欄
国保・社保 (一般)	入院	高額療養費自己負担限度額 (1 %計算の限度額)	1 円単位
	外来	高額療養費自己負担限度額 (定額の限度額)	1 0 円未満四捨五入後 ※ 2
高齢受給者 後期高齢者	入院	高額療養費自己負担限度額 (1 %計算の限度額)	1 円単位
	外来	高額療養費自己負担限度額 (定額の限度額)	1 0 円未満四捨五入後 ※ 2

※ 1 北海道医療給付事業の高額療養費の算定基準額については、社会保険は公費負担医療と同様に「一律一般ウの所得区分」で算定されますが、国民健康保険、後期高齢者医療については「所得区分に応じた取扱い」と定められており取扱いが異なりますのでご注意ください。

※ 2 国公費と同様の記載とさせていただきます。

第6章 受給者証の申請窓口

取 扱 窓 口	所 在 地	電 話
中央区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	中央区南 3 条西 1 1 丁目	(直通) 205-3302
北区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	北区北 2 4 条西 6 丁目	(直通) 757-2462
東区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	東区北 1 1 条東 7 丁目	(直通) 741-2461
白石区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	白石区南郷通 1 丁目南	(直通) 861-2446
厚別区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	厚別区厚別中央 1 条 5 丁目	(直通) 895-2474
豊平区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	豊平区平岸 6 条 1 0 丁目	(直通) 822-2453
清田区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	清田区平岡 1 条 1 丁目	(直通) 889-2037
南区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	南区真駒内幸町 2 丁目	(直通) 582-4741
西区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	西区琴似 2 条 7 丁目	(直通) 641-6943
手稲区保健福祉部 保健福祉課福祉助成係	手稲区前田 1 条 1 1 丁目	(直通) 681-2487

領 収 書

患 者 氏 名	領 収 金 額							
様								円

ただし、令和 年 月診療分の

医 科 歯 科 等 の 区 分	入 院 ・ 入 院 外 の 区 分		診 療 報 酬 点 数	初 診 料
			自 己 負 担 割 合	
医科 ・ 歯科 ・ 調剤	入 院	日から 日まで 日間	点	無 ・ 1 回 ・ 2 回
	入 院 外	診療日 日 (月の初回 ・ 2回目以降)	3割 ・ 2割 1割	

に係る医療費として領収いたしました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地
名 称
開 設 者 の 氏 名

印

※医療機関の方へ：入院外の場合には診療日ごとにこの領収書を発行してください。

(患者の方へ)

- この領収書には、健康保険の対象とならない費用（薬の容器代・文書料・差額ベッド代・ジェネリック医薬品（後発医薬品）がある薬で希望により先発医薬品を利用する場合に別途かかる料金などの保険給付対象外の費用等）は、含まれておりません。
- 医療費の助成を受けるときは、この領収書を1か月分取りまとめのうえ、子ども、重度心身障がい者、ひとり親家庭の「医療費受給者証」、「振込希望先の預金通帳もしくは、銀行名・支店名・口座番号・名義のわかるもの」、「受給者の保険証」「手続きに来る方の本人確認書類」を必ず携行して、市（区）町村に請求してください。また、郵送による申請も可能です。事前にご連絡ください。
- この「領収書」を訂正した場合には、医療費が助成になりません。
- この「領収書」は、再発行いたしませんので大切に保管してください。

医療機関の方へお願い

この領収書は、次の「記入要領」により記入して下さるよう、御協力をお願いいたします。

〔記入要領〕

- 「領収金額」欄は、医療機関窓口において領収した保険診療の自己負担額を記入すること。
- 領収金額は、算用数字で記入し、数字の前に必ず「¥」の文字を記入すること。

(例)

	¥	1	2	3	0	円
--	---	---	---	---	---	---

- 「医科歯科等の区分」、「入院・入院外の区分」、「自己負担割合」、「初診料」の各欄は、回答項目を○で囲み、「入院期間と入院日数」、「入院外の診療日」、「診療報酬点数」の各欄は、該当する数字を記入すること。
- この領収書は、下記のような場合に発行すること。
 - 医療費助成の受給資格はあるが、「受給者証」を持参しないとき又は現物給付の対象とならないときなど、医療機関窓口において保険診療の自己負担額を徴収した場合
 - 患者からこの領収書用紙による領収書の交付を求められた場合

レセプト請求（平成 30 年 8 月診療分～）

札幌市医療費助成の公費負担者番号

子ども医療費助成：92014000
 重度心身障がい者医療費助成：47014006
 ひとり親家庭等医療費助成：95014007

重度心身障がい者医療費受給者証	
公費負担者 番号	47014006
受給者 番号	
受 給 者	
住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名 及 び 印	北 海 道 札幌市長 印
交付年月日	令和 年 月 日

ひとり親家庭等 医療費受給者証	
公費負担者 番号	95014007
受給者 番号	
受 給 者	
住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名 及 び 印	北 海 道 札幌市長 印
交付年月日	令和 年 月 日

札幌市子ども医療費受給者証	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
公費負担者 番号	92014000
受給者 番号	
対 象 者	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
住 所	
発行機関名 及 び 印	北 海 道 札幌市長 印
交付年月日	令和 年 月 日

有効期間が平成 30 年 8 月 1 日以降の受給者証には、「公費負担者番号」と「受給者番号」が記載されます。

受給者証の左上に記載されている区分により、一部負担金が変わりますのでご注意ください。

診療報酬明細書 (医科入院外)	
公費負担者 番号 ①	92014000
公費負担者 番号 ②	
公費負担 医療の受 給者番号①	*****
公費負担 医療の受 給者番号②	
特 記 事 項	
氏 名	
保険医 宿機関 の所在 地及び	

レセプトに公費負担者番号と
受給者番号を記載

様式第二(一)

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

レセプト記載例② 医科入院・重度心身障がい者「障課」

様式第二(一)

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 2 公 3 後 4 退 5 単 6 併 7 併 8 併 9 併 10 併 11 併 12 併 13 併 14 併 15 併 16 併 17 併 18 併 19 併 20 併 21 併 22 併 23 併 24 併 25 併 26 併 27 併 28 併 29 併 30 併 31 併 32 併 33 併 34 併 35 併 36 併 37 併 38 併 39 併 40 併 41 併 42 併 43 併 44 併 45 併 46 併 47 併 48 併 49 併 50 併 51 併 52 併 53 併 54 併 55 併 56 併 57 併 58 併 59 併 60 併 61 併 62 併 63 併 64 併 65 併 66 併 67 併 68 併 69 併 70 併 71 併 72 併 73 併 74 併 75 併 76 併 77 併 78 併 79 併 80 併 81 併 82 併 83 併 84 併 85 併 86 併 87 併 88 併 89 併 90 併 91 併 92 併 93 併 94 併 95 併 96 併 97 併 98 併 99 併 100 併	1 本 2 入 3 入 4 入 5 入 6 入 7 入 8 入 9 入 10 入 11 入 12 入 13 入 14 入 15 入 16 入 17 入 18 入 19 入 20 入 21 入 22 入 23 入 24 入 25 入 26 入 27 入 28 入 29 入 30 入 31 入 32 入 33 入 34 入 35 入 36 入 37 入 38 入 39 入 40 入 41 入 42 入 43 入 44 入 45 入 46 入 47 入 48 入 49 入 50 入 51 入 52 入 53 入 54 入 55 入 56 入 57 入 58 入 59 入 60 入 61 入 62 入 63 入 64 入 65 入 66 入 67 入 68 入 69 入 70 入 71 入 72 入 73 入 74 入 75 入 76 入 77 入 78 入 79 入 80 入 81 入 82 入 83 入 84 入 85 入 86 入 87 入 88 入 89 入 90 入 91 入 92 入 93 入 94 入 95 入 96 入 97 入 98 入 99 入 100 入	1 高 2 入 3 入 4 入 5 入 6 入 7 入 8 入 9 入 10 入 11 入 12 入 13 入 14 入 15 入 16 入 17 入 18 入 19 入 20 入 21 入 22 入 23 入 24 入 25 入 26 入 27 入 28 入 29 入 30 入 31 入 32 入 33 入 34 入 35 入 36 入 37 入 38 入 39 入 40 入 41 入 42 入 43 入 44 入 45 入 46 入 47 入 48 入 49 入 50 入 51 入 52 入 53 入 54 入 55 入 56 入 57 入 58 入 59 入 60 入 61 入 62 入 63 入 64 入 65 入 66 入 67 入 68 入 69 入 70 入 71 入 72 入 73 入 74 入 75 入 76 入 77 入 78 入 79 入 80 入 81 入 82 入 83 入 84 入 85 入 86 入 87 入 88 入 89 入 90 入 91 入 92 入 93 入 94 入 95 入 96 入 97 入 98 入 99 入 100 入	
医療費助成受給者番号を記載		47014006		*****		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		子ども：92014000 重度：47014006 ひとり親：95014007		保険医 療機関 の所在 地及び 名称		傷病名	
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		診療終了日	
請求点		75,000		医療費助成適用後の患者負担額を記載		57,600	

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

レセプト記載例③ 歯科外来・ひとり親家庭「親課」

診療報酬明細書
(歯科)

都道府県 医療機関コード
県番号

3 1 社・国 3 後期 1 単 2 本 8 高
歯 2 公 費 4 退職 2 2 併 4 外 外
科 費 退 3 3 併 6 家 0 外
10 9 8
7 ()

医療費助成受給者番号を記載										
公費負担者番号	9	5	0	1	4	0	0	7	公費負担者の診療の給付番号	* * * * *
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号										

氏名	1 男 2 女 1	特記事項	届出	保険料の滞り の所在 を記す
職務上の事由	1 職	該当する公費負担者番号を記載 ・子ども：92014000 ・重度：47014006 ・ひとり親：95014007		
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	

摘要	公費分請求点数決定	5,600	点
	患者負担額(公費)	3,000	点
	高額療養費	円	円
	一部負担金	円	円
	減額免除・支払額	円	円

レセプト記載例④ 調剤・子ども医療費助成（高校生世代 まで）

様式第五

○ 調剤報酬明細書

都道府 薬局コード
県番号

年 月 分

医療費受給者番号を記載

4 1 社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 外 8 高 外
公 費 4 退 職 3 3 併 6 4 外 0 高 外 7
給 付 割 合 10 9 8
7 ()

公費負担者番号①	9	2	0	1	4	0	0	0	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③							

保険者番号

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏 名 1男

職務上の事

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

保険医氏名

特記事項

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
・子ども：92014000
・重度：47014006
・ひとり親：95014007

1 6
2 7
3 8
4 9
5 10

保険受付回数	回数
公費①	回
公費②	回

保険	請求点	決定点	医療助成適用後の患者負担額が0円の場合は空欄	管理料点
500				
公費①	点	点	円	点
公費②	点	点	円	点

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

[illegible]

レセプト記載例⑥ 医科外来・重度心身障がい者「障初」・国公費負担医療併用（同点数）

様式第二（一）

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 医科 2 公費 4 退職 3 3 併 6 家外 0 高外7										
平成 年 月 分										保険者番号		給付割合		10 9 8 7 ()										
公費負担者番号①	5	4	0	1	0	0	0	0	0	公費負担医療の受給者番号①	△	△	△	△	△	△								
公費負担者番号②	4	7	0	1	4	0	0	6	0	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*								
医療費助成受給者番号を記載																								
氏名	該当する公費負担者番号を「公費負担者番号②」に記載 ・子ども：92014000 ・重度：47014006 ・ひとり親：95014007																							
職務上の事																								
傷病名	(1)											診療開始日	(1)	年	月	日	転院	治癒	死亡	中止	保険診療公費①公費②	日		
	(2)												(2)	年	月	日							日	
	(3)												(3)	年	月	日							日	
診療報酬明細書																								
療養の給付	請求点	9,555	※	決定点	一部負担金額	54患者負担の上限額を記載	減額割戻金除支払額	5,000	※	高額療養費	円	※	公費負担点数	点	※	公費負担点数	点							
医療助成適用後の患者負担額が0円の場合は空欄																								

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

レセプト記載例⑦ 医科外来・重度心身障がい者「障課」・国公費負担医療併用（異点数）

様式第二（一）

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県 医療機関コード		1 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外 医科 2 公費 4 退職 3 3 併 6 家外 0 高外7	
年 月 分										保険者 番 号		給付割合 10 9 8 7 ()	
公費負担者番号① 5 4 0 1 0 0 0 0										公費負担医療の受給者番号① Δ Δ Δ Δ Δ Δ Δ		医療費助成受給者番号を記載	
公費負担者番号② 4 7 0 1 4 0 0 6										公費負担医療の受給者番号② * * * * *		医療費助成受給者番号を記載	
氏 名 1 男 2 女										職務上の事由		床	
傷 (1)										診療 (1)		年 月 日 転 治癒 死亡 中止 保 険 費 ① 公 費 ②	
病 (2)										診療 (2)		年 月 日 転 治癒 死亡 中止 保 険 費 ① 公 費 ②	
名 (3)										診療 (3)		年 月 日 転 治癒 死亡 中止 保 険 費 ① 公 費 ②	
開始日										診療開始日		診療開始日	
請求点数を異点数で記載										54患者負担の上限額を記載			
7,777										7,500		2,500	
7,777										2,777			
公費54に係る一部負担金（公費①の負担金）と公費54を除いた市町村分②に係る患者負担額を合算した金額を記載													

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

樣式第二(二)

備考 1. この用紙は、日本工業規格JIS4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

お問い合わせ先

◇医療費助成事業の内容及び受給者情報の照会に関すること

⇒ 札幌市役所保健福祉局保険医療部保険企画課医療助成係

〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目（市役所4階南側）

TEL 011-211-2960 Fax 011-218-5182

<https://www.city.sapporo.jp/hoken-iryo/iryojosei/seikyu.html>

◇平成30年8月診療分以降の具体的なレセプト請求方法（作成・計算事例）について

⇒ 社会保険診療報酬支払基金北海道支部

TEL 011-241-8191 Fax 011-271-4505

https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/chitan/jutaku/01_hokkaido.html

⇒ 北海道国民健康保険団体連合会

TEL 011-231-5161

<https://www.hokkaido-kokuhoren.or.jp/iryo/kyufu/>