

# 白老町子ども医療費助成制度について

## 1. 令和5年8月診療分からの主な変更点

- ・令和5年7月までは北海道基準の医療給付事業（公費45・93・90）のみレセプト請求していただいていたりましたが、8月からは中学3年生までを対象に実施する町独自の拡大助成分もレセプト請求をお願いします。【対象者の詳細は「2. 対象者と助成内容」を参照】
- ・それに伴い、当町では中学3年生までを対象に医療費受給者証を交付しております。（ただし、子ども医療費受給資格認定書の未提出世帯は未交付又は公費負担者番号表示が道基準のみとなっておりますので、ご留意願います）【受給者証の詳細は「3. レセプトの請求方法」を参照】

## 2. 対象者と助成内容

- 【対象者】
- ・白老町内に住民登録のある0歳から中学3年生の方
  - ・医療保険に加入されている方
- ※生活保護受給者及び児童福祉法による施設入所者は対象外

【助成対象】 保険適用医療費のうち、入院時食事療養標準負担額を除く医療費自己負担分を全額助成。

## 3. レセプトの請求方法

### ◆公費負担者番号の種類

下記の太黒枠で囲った公費負担者番号が子ども医療費助成の現物給付化に伴う拡大助成分となります。（これまで医療機関の窓口で自己負担額として支払っていた部分を新規公費負担者番号により請求いただきます。）

区分	道基準 (従来)	道基準に 町が上乗せ助成 (新規)	町の独自助成 (新規)
重度心身障がい者医療費助成	45011848	46011847	
ひとり親家庭等医療費助成	93011849	94011848	
乳幼児等医療費助成	90011842	91011841	92011840

(1) 医科・歯科・調剤の場合

受給者証に記載のある公費負担者番号を用いて、レセプト請求してください。

◆受給者証の見方

【全受給者証共通】

負担区分 住民税 非課税世帯：初 住民税 課税世帯：課	受給者に付番され た公費負担者番号	受給者証の 有効期限	受給者に付番さ れた受給者番号
乳課 乳幼児等 医療費受給者証	公費負担者番号 90011842 91011841 92011840	有効期限 令和 5年 8月 1日から 令和 6年 7月31日まで	受給者番号 5031448
氏名 白老 太郎	生年月日 平成26年 1月 1日	性別 男	自己負担額 全額助成
住所 059-0995 白老町大町1丁目1番1号	発行年月日 令和 5年 7月20日	発行機関名及び印 白老町長	

受給者の資格（氏名、生年月日、住所）情報

有効期間内に公費負担者番号・負担割合が変わる場合や、入院・通院で異なる場合は文言を記載しています。

下記一例)

・「障課の中学3年生」の場合

1割(月負担額上限額 通院 18,000円 入院 57,600円)  
有効期限の3月末日まで全額助成

・「親初の中学3年生」の場合

初診時一部負担金(医科 580円 歯科 510円 柔整 270円)  
有効期限の3月末日まで全額助成

【重度心身障がい者受給資格者の場合】

障初の場合

- ・初診医科 580 円、歯科 510 円
- ☞46011847 にて請求
- ・上記以外（再診含む）
- ☞45011848 にて請求

障課の場合

- ・総医療費の 1 割
- ☞46011847 にて請求
- ・上記以外
- ☞45011848 にて請求
- ※月限度額 通院 18,000 円  
入院 57,600 円

	重度心身障がい者 医療費受給者証	有効期限 令和 5年 8月 1日から 令和 6年 7月31日まで
	公費負担者番号 45011848 46011847	受給者番号 1007111 自己負担額 1割 (月負担上限額 通院18,000円 入院57,600円) 【有効期限の3月末日まで全額助成】
氏名 <small>シロイ タロウ</small> 白老 太郎		
生年月日 平成 21年 1月 10日 性別 男		
住所 059-0995 白老町大町1丁目1番1号		
発行年月日 令和 5年 7月20日		白老町長 
発行機関名及び印		



【ひとり親家庭受給資格者の場合】

親初の場合

- ・初診医科 580 円、歯科 510 円
- ☞94011848 にて請求
- ・上記以外（再診含む）
- ☞93011849 にて請求

親課の場合

- ・総医療費の 1 割
- ☞94011848 にて請求
- ・上記以外
- ☞93011849 にて請求
- ※月限度額 通院 18,000 円  
入院 57,600 円

	ひとり親家庭等 医療費受給者証	有効期限 令和 5年 8月 1日から 令和 6年 7月31日まで
	公費負担者番号 93011849 94011848	受給者番号 3013950 自己負担額 1割 (月負担上限額 通院18,000円 入院57,600円) 【有効期限の3月末日まで全額助成】
氏名 <small>シロイ タロウ</small> 白老 太郎		
生年月日 平成 21年 1月 1日 性別 男		
住所 059-0995 白老町大町1丁目1番1号		
発行年月日 令和 5年 7月20日		白老町長 
発行機関名及び印		

**【小学生の乳幼児等受給資格者の場合】**

- ・公費負担者番号が3つ（90・91・92）付番されています。
- ・北海道基準の助成は「入院のみ」となっており、それ以外（通院・調剤等）は町独自の助成対象となります。

**通院・調剤等**  
**乳初・乳課**ともに  
 ☎92011840 で請求

**入院時**  
**乳初**の場合  
 ・初診医科 580 円、歯科 510 円  
 ☎91011841 にて請求  
 ・上記以外（再診含む）  
 ☎90011842 にて請求

**乳課**の場合  
 ・総医療費の1割  
 ☎91011841 にて請求  
 ・上記以外  
 ☎90011842 にて請求  
 ※月限度額 入院 57,600 円

乳課 乳幼児等 有効期限 令和 5年 8月 1日から  
 医療費受給者証 令和 6年 7月31日まで

公費負担者番号 90011842 受給者番号 5031448  
 91011841 自己負担額 全額助成  
 92011840

氏名 白老 太郎  
 生年月日 平成 26年 1月 1日 性別 男  
 住所 059-0995  
 白老町大町1丁目1番1号

発行年月日 令和 5年 7月20日 白老町長  
 発行機関名及び印

**【未就学児の乳幼児等受給資格者の場合】**

- ・公費負担者番号は2つ（90・91）付番されています。
- ・3歳未満児については、一律「乳初」となっています。（従来の運用から変更なし）

**乳初**の場合  
 ・初診医科 580 円、歯科 510 円  
 ☎91011841 にて請求  
 ・上記以外（再診含む）  
 ☎90011842 にて請求

**乳課**の場合  
 ・総医療費の1割  
 ☎91011841 にて請求  
 ・上記以外  
 ☎90011842 にて請求  
 ※月限度額 通院 18,000 円  
 入院 57,600 円

乳課 乳幼児等 有効期限 令和 5年 8月 1日から  
 医療費受給者証 令和 6年 7月31日まで

公費負担者番号 90011842 受給者番号 5031455  
 91011841 自己負担額 全額助成

氏名 白老 太郎  
 生年月日 平成 31年 1月 1日 性別 男  
 住所 059-0995  
 白老町大町1丁目1番1号

発行年月日 令和 5年 7月20日 白老町長  
 発行機関名及び印

【中学生又は北海道基準の所得限度額を超過した乳幼児等受給資格者の場合】

・公費負担者番号は1つ（92）のみ付番されています。

乳初・乳課ともに  
すべて92011840で請求

乳課	乳幼児等	有効期限	令和 5年 8月 1日から
	医療費受給者証		令和 6年 3月31日まで
公費負担者番号 92011840		受給者番号	5031455
		自己負担額	全額助成
氏名	白老 太郎	性別	男
生年月日	平成21年 1月 1日		
住所	059-0995 白老町大町1丁目1番1号		
発行年月日	令和 5年 7月20日	白老町長	
発行機関名及び印			

(2) 柔道整復の場合

●受給者証に記載している負担区分に応じ

- ・北海道基準の重度心身障がい資格者・ひとり親家庭資格者・未就学児以下の乳幼児資格者（公費 90・91 のみ付番）については従来の様式によって請求し、
- ・小学生以上の乳幼児資格者は別添「子ども医療費・請求事務手数料請求書（白老町提出用）」により請求してください。

※保険者に提出した療養費支給申請書の写しを添付してください。

●中学生以下は医療費の自己負担が発生しませんので、ご注意ください。

(柔整の記入例)

① 白老次郎さんが中学生の「親初」、白老花子さんが中学生の「親課」だった場合

別紙第3号様式(その2) **ひとり親家庭等 医療費請求書** (医療機関用)

令和5年4月分下記のとおり請求する  
令和5年5月10日

市町村長  の 白老町大町1丁目1番1号  
開設者氏名 白老町整骨院 院長 白老太郎

医療機関コード  押印をお願いします。

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数の総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金
請求	7割	2	18,000	0	440	※			
決定	8割								
	限度額(入院のみ)								
	長期高額								
	結・精								

点を円に修正してください。

中学生以下は自己負担が発生しないため、0(ゼロ)となります。

親初・障初であれば初めに、親課・障課であれば課に○をつけて請求してください。

※記載要領裏面

(内訳書)

診療年月	受給者番号	入院外来区分	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額			請求金額	一部負担金	備考
			7割	8割	限度額(入院のみ)			
54年3月	3000123	入・外	9,000				初・課	初診
54年3月	3000321	入・外	9,000				初・課	初診

点を円に修正してください。

親初・障初で初診の場合は備考欄に「初診」と記入してください。

【白老次郎さんの場合】

9,000円 × 3割 = 2,700円

270円 (初診料) ⇒ 「公費 94011848」で請求・支払

2,700円 - 270円 = 2,430円 ⇒ 「公費 93011849」で請求・支払

【白老花子さんの場合】

9,000円 × 3割 = 2,700円

9,000円 × 1割 = 900円 ⇒ 「公費 94011848」で請求・支払

2,700円 - 900円 = 1,800円 ⇒ 「公費 93011849」で請求・支払

② 白老次郎さんが中学生の「乳初」、白老花子さんが中学生の「乳課」だった場合  
 ⇒中学生であれば、乳初・乳課ともに公費 92011840 で請求・支払いとなります。

様式第3号（第7条関係）  
 子ども医療費・請求事務手数料請求書（白老町提出用）

令和5年 4月分を下記のとおり請求します。  
 令和5年 5月 1日

白老町長 様

医療機関コード  
 医療機関等の 白老町大町1丁目1番1号  
 所在地及び名称 白老整骨院 院長 白老太郎  
 開設者名 印  
 (TEL)

押印をお願いします。

点を円に修正してください。

区分	保険給付	件数	診療総点数 (10割分)	(A)	(B)	(C)	(A) - (B) + (C)	
				医療費	一部負担金	手数料	合計	
請求	入院外	7割	2件	18,000点円	5,400円	0円	440円	5,840円
		8割						
	入院	7割						
		8割						
計								

中学生以下は自己負担が発生しないため、0（ゼロ）となります。

対象者の加入保険に○をつけてください。

請求内訳書

診療年月	受給者番号								入院外来区分	診療総点数		一部負担金	保険者区分	備考
	患者氏名									7割	8割			
5	4	5	0	0	0	1	2	3	入・外	9,000	点	初・課 円	国保・協会・船員・組合・共済・国組	
白老次郎								点円						
5	4	5	0	0	0	3	2	1	入・外	9,000	点	初・課 円	国保・協会・船員・組合・共済・国組	
白老花子								点円						
													共済・国組	

点を円に修正してください。

乳初であれば初に、乳課であれば課に○をつけて請求してください。

【白老次郎さん・白老花子さんとともに】  
 9,000円×3割=2,700円⇒「公費 92011840」で請求・支払