

《医療機関（医科）の皆様へ》

上川町子ども医療費請求方法の変更（レセプト併用請求）について

上川町への子ども医療費請求方法につきまして、平成 30 年 4 月診療分から次のとおり変更いたしますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

なお、平成 30 年 3 月診療分までは、従来通り上川町への直接請求としますので、請求漏れなどがないようご確認の上、4 月 13 日までに請求書の送付をお願いいたします。

■■ お問い合わせ先 ■■

上川町 保健福祉課 医療給付グループ

〒078-1753 上川郡上川町南町 180 番地

TEL：01658-2-4053（直通）

FAX：01658-2-1220

HP：<http://www.town.hokkaido-kamikawa.lg.jp/>**1. 医療費の助成範囲について**

子ども医療費の助成範囲は次のとおりです。

対象者	高校修了前の子ども
助成内容	入院・外来ともに医療費自己負担分（※注）の全額
受給者証（証の色）	有（白）
助成方法	現物給付（協定外の医療機関は償還払い）

（※注）医療費自己負担分・・・保険適用となる医療費の自己負担分のこと。

○重度心身障害 または ひとり親家庭の子ども（小学生・中学生・高校生）は・・・

- ・重度心身障害の子ども⇒【障初】の重度心身障害者医療費受給者証（緑色）
 - ・ひとり親家庭の子ども⇒【親初】のひとり親家庭等医療費受給者証（クリーム色）
- それぞれ受給者証に、初診時一部負担金はかからない旨の記載をして発行しています。

2. 受給者証について

受給者証は次のとおりです。

【受給者証例】

《表面》

公費負担者番号		90011248	受給者番号	5000000
		91011247		
92011246				
受給者	住所	北海道上川郡上川町南町 180 番地		
	氏名	カミカワ タロウ 上川 太郎	男	
	生年月日	2018 年 8 月 1 日		
有効期間	2018 年 8 月 1 日 から 2037 年 3 月 31 日 まで			
一部負担金の割合	自己負担分全額助成			
発行機関名及び印	北海道上川郡 上川町長			
交付年月日	2018 年 8 月 1 日			

《裏面》

注意事項

- この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、医療機関等での窓口一部負担金はありません（ただし、保険適用外を除く）。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、14 日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14 日以内に、町長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

保険医療機関の皆様へ

診療報酬明細書の請求について

- 受給者の窓口負担は発生しません。窓口負担分は上川町が負担します（ただし、保険適用外を除く）。
- 小学校就学前の子どもと小学生の入院においては、医療保険及び公費「90」並びに公費「91」の併用で請求してください。医療保険の請求点数は保険欄に記載し、初診が算定された場合のみ、初診時一部負担金の金額（医科 580 円、歯科 510 円）を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
- 小学生の入院外と中学生と高校生においては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。医療保険の請求点数は保険欄に記載し、公費①の一部負担金の記載については不要です。

保険医療機関の皆様へ

診療報酬明細書の請求について

- 受給者の窓口負担は発生しません。窓口負担分は上川町が負担します（ただし、保険適用外を除く）。
- 小学校就学前の子どもと小学生の入院においては、医療保険及び公費「90」並びに公費「91」の併用で請求してください。医療保険の請求点数は保険欄に記載し、初診が算定された場合のみ、初診時一部負担金の金額（医科 580 円、歯科 510 円）を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
- 小学生の入院外と中学生と高校生においては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。医療保険の請求点数は保険欄に記載し、公費①の一部負担金の記載については不要です。

3. 医療機関様から上川町への子ども医療費の請求方法について

「診療報酬明細書（レセプト）」の「保険」欄に点数を記載し、レセプトを審査機関（社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会）に提出する方法（レセプト併用請求）となります。

【上川町の子ども医療費における公費番号】

「90.01.1248」・「91.01.1247」・「92.01.1246」の3種類ですが、請求の際の公費番号の組み合わせは次の2種類のみとなります。

- ① 「0歳～小学校就学前の子どもの入通院医療費」と「小学生の入院医療費」
⇒ 「90.01.1248」・「91.01.1247」の併用（初診があった場合、初診時一部負担金580円を公費①の一部負担金欄に記載してください。ただし、受給者の窓口負担はありません。）
- ② 「小学生の通院医療費」と「中学生の入通院医療費」と「高校生の入通院医療費」
⇒ 「92.01.1246」

公費早見表・レセプトの記載例を最終ページに記載していますのでご覧ください。

★★★ 注意 ★★★

「国民健康保険組合」については、次に示す保険者のみレセプト併用での請求をお願いします。

レセプト併用請求ができる 国民健康保険組合	(01.301.1) 北海道歯科医師国保組合 (01.302.9) 北海道薬剤師国保組合 (01.303.7) 北海道医師国保組合 (01.304.5) 北海道建設国保組合 (13.303.3) 全国土木建築国保組合 (13.329.8) 全国建設工事業国保組合
--------------------------	--

上記以外の国保組合に加入している受給者が受診された場合は、レセプト併用請求ができませんので、その方の診療分のみを、従来の方法による請求（医療機関様にて作成した請求書を上川町に郵送していただく方法）にてご請求いただきますようお願いいたします。

4. 医療機関様への医療費の支払いについて

社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会での審査に1か月を要するため、医療費の支払いについては、次のとおりとなります。

【例】4月3日に助成対象者が医療機関を受診した場合（電子レセプトによる請求の場合）

4月	5月	6月
【3日】 受診	【10日まで】 医療機関 ⇒ 審査機関 ・レセプトを提出	【10日まで】 審査機関 ⇒ 上川町 ・医療費の請求
		【21日まで】 審査機関 ⇒ 医療機関 ・医療費の支払

※審査機関・・・社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会

▼上川町の子ども医療費における公費負担者番号早見表

子どもの年齢	受診形態	使用する公費番号	請求形態	初診があった場合
0歳～小学校就学前	入院・外来共通	90.01.1248	医療保険と「90」と「91」で請求	公費①の「一部負担金額欄」に「580円」を記載（受給者の窓口負担は無し）。
		91.01.1247		
小学生	入院	90.01.1248		
	外来	92.01.1246		
中学生	入院・外来共通	92.01.1246	医療保険と「92」で請求	記載無し。
高校生	入院・外来共通	92.01.1246		

▼レセプトの記載例

受診者 : 2歳の子ども
 受診月日 : 平成〇〇年4月5日（初診）、4月12日（再診）
 総点数 : 2,000点

診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号 01 医療機関コード 01.29.1000.1

平成〇〇年4月分

1	1 社国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外9
医科	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	

公費負担者番号①	9 0 0 1 1 2 4 8	公費負担医療の受給者番号①	5 0 0 0 0 0 0	保険者番号	0 1 1 2 4 7	給付割合	10 9 8
公費負担者番号②	9 1 0 1 1 2 4 7	公費負担医療の受給者番号②	5 0 0 0 0 0 0	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	上川 〇〇〇〇		

・3歳未満の子どもなので、「医療保険」、「90」、「91」の併用で請求してください。

【計算事例】

2,000点×8割=16,000円 ⇒ 医療保険が負担
 2,000点×2割=4,000円 ⇒ 上川町が負担

医療費は審査機関から支払われます。

※初診があるので、580円を公費①欄の一部負担金額欄に記載しますが、上川町が負担しますので、受給者から徴収しないでください。

なお、公費②欄の一部負担金額欄には負担金額を記載する必要はありません。

療養の給付	保険	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円	
		2,000				
	公費①	※	点	※	点	※ 580 円
公費②	※	点	※	点	※ 円	

※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点