

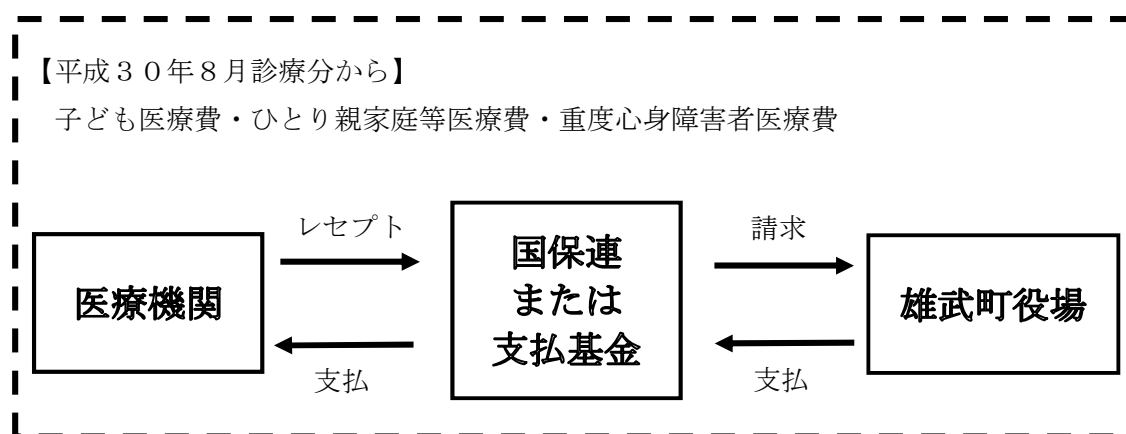
雄武町医療助成事業

レセプト併用化に伴う医療費の請求方法について

平成30年8月診療分より、子ども医療費、ひとり親家庭等医療費、重度心身障害者医療費の医療費請求は、受給者証に表示のある公費負担者番号をレセプトに記載して、北海道国民健康保険団体連合会または社会保険診療報酬支払基金北海道支部へ提出していただきます。

これまでご提出頂いていた紙の請求書は不要となります。

1. 請求の流れ



2. 雄武町の公費負担者番号について

子ども医療費	90011784	91011783	92011782
ひとり親等医療費	93011781	94011780	95011789
重度心身障害者医療費	45011780	46011789	47011788

3. レセプトの請求方法について

(1) 子ども医療費

① 乳初の場合 【初診時一部負担金のみ】

ア 入院・入院外（通院）に関わらず乳初と記載されている6歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「90」で請求してください。

イ 入院における乳初と記載されている6歳以上12歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「90」で請求してください。

ウ 入院外（通院）における乳初と記載されている6歳以上12歳に達する日（誕生

日の前日)以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「92」で請求してください。

エ 入院・入院外(通院)に関わらず乳初と記載されている12歳以上18歳に達する日(誕生日の前日)以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「92」で請求してください。

② 乳課の場合 【初診時一部負担金のみ】

ア 入院・入院外(通院)に関わらず乳課と記載されている3歳に達する日(誕生日の前日 以下同じ)の属する月の末日までの子どもの場合は、医療保険と公費「90」で請求してください。

イ 入院における乳課と記載されている3歳以上12歳に達する日以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。

ウ 入院外(通院)における乳課と記載されている3歳以上6歳に達する日以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。

エ 入院外(通院)における乳課と記載されている6歳以上12歳に達する日以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「92」で請求してください。

オ 入院・入院外(通院)に関わらず乳課と記載されている12歳以上18歳に達する日以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「92」で請求してください。

③ 乳所得の場合 【初診時一部負担金のみ】

ア 入院・入院外(通院)に関わらず乳所得と記載されている18歳に達する日(誕生日の前日)の属する月の末日までの子どもの場合は、医療保険と公費「92」で請求してください。

④ 子の場合 【初診時一部負担金のみ】

ア 入院・入院外(通院)に関わらず子と記載されている12歳以上18歳に達する日(誕生日の前日)以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「92」で請求してください。

(2) ひとり親家庭等医療費

① 親初の場合 【初診時一部負担金のみ】

ア 入院・入院外(通院)に関わらず親初と記載されている20歳に達する日(誕生

日の前日)の属する月の末日までの子どもの場合は、医療保険と公費「93」で請求してください。

イ 入院における親初と記載されている母又は父の場合は、医療保険と公費「93」で請求してください。

ウ 入院外(通院)における親初と記載されている母又は父の場合は、医療保険と公費「95」で請求してください。

② 親課の場合 【18歳までの子どもは、初診時一部負担金のみ。18歳以降の子どもまたは母、父は、総医療費の1割負担】

ア 入院・入院外(通院)に関わらず親課と記載されている3歳に達する日(誕生日の前日)の属する月の末日までの子どもの場合は、医療保険と公費「93」で請求してください。(初診時一部負担金のみ患者負担)

イ 入院・入院外(通院)に関わらず親課と記載されている3歳以上18歳に達する日以後の最初の3月31日までの子どもの場合は、医療保険と公費「93」、公費「94」の併用で請求してください。(初診時一部負担金のみ患者負担)

ウ 入院・入院外(通院)に関わらず親課と記載されている18歳以上20歳に達する日(誕生日の前日)の属する月の末日までの子どもの場合は、医療保険と公費「93」で請求してください。(総医療費の1割に相当する額のみ患者負担)

エ 入院における親課と記載されている母又は父の場合は、医療保険と公費「93」で請求してください。

オ 入院外(通院)における親課と記載されている母又は父の場合は、医療保険と公費「95」で請求してください。

(3) 重度心身障害者

① 障初または老初の場合 【初診時一部負担金のみ】

ア 入院・入院外(通院)に関わらず障初または老初と記載されている場合は、医療保険と公費「45」で請求してください。

② 障課または老課の場合 【総医療費の1割負担】

ア 入院・入院外(通院)に関わらず障課または老課と記載されている場合は、医療保険と公費「45」で請求してください。

診療報酬請求書・明細書の記載方法については、社会保険診療報酬支払基金または北海道国民健康保険団体連合会へお問い合わせください。

・社会保険診療報酬支払基金：http://www.ssk.or.jp/yoshiki/yoshiki_01_h30i.html

・北海道国民健康保険団体連合会：<http://www.hokkaido-kokuhoren.or.jp/hotnews/category/115.html>