

## 函館市子ども医療費助成制度 レセプト作成事例集

(目次)

ページ	診療区分等		受給者証の表示等	年齢区分	事例NO
1	医科 ・ 歯科	入院・通院・調剤	乳初	90と91の記載のある者 (0歳～小学校入学前)	NO.1
2			乳課	90と91の記載のある者 (3歳～小学校入学前)	NO.2
3		入院	乳初	90と91と92の記載のある者 (小学生)	NO.3
4		入院	乳課		NO.4
5		通院・調剤	乳初・乳課		NO.5
6		入院・通院・調剤	乳初・乳課	92のみの記載のある者 (0歳～高校生)	NO.6

※ 『小学校入学前』とは、満6歳に達する日(誕生日の前日)後の最初の3月31日までの者に係る診療等です。

函館市の子ども医療費受給者証には、函館市の公費負担者番号が記載されています。公費負担者番号は受給者の年齢と診療区分によって使い分けてください。

子ども医療費受給者証

公費負担者番号	9001 0026 9101 0025	受給者番号	
受給者	住所		
給氏名			
生年月日			

子ども医療費受給者証

公費負担者番号	9001 0026 9101 0025 9201 0024	受給者番号	
受給者	住所		
給氏名			
生年月日			

子ども医療費受給者証

公費負担者番号	9201 0024	受給者番号	
受給者	住所		
給氏名			
生年月日			

なお、受給者証の裏面にもレセプトの記載方法について案内がありますので、受給者が来院した際はそちらもご参照ください。

### 【お問合せ先】

函館市子ども未来部子育て支援課 医療助成担当

住所 〒040-8666 函館市東雲町4番13号  
電話 0138-21-3181(直通)

『函館市子ども医療費助成制度』の『乳初』の受給者証を持っている

公費番号『90010026』と『91010025』の記載のある者

0歳～小学校入学前(注:6歳までではありません)までの『入院』『通院』についてのレセプト作成事例

初診料を含む請求がある事例(初診月・上段)と再診のみの請求の事例(再診月・下段)です。

※ いずれも患者負担はありません。

NO. 1

医科・歯科

入院・通院

乳初

○ 診療報酬明細書

公費負担者番号①	90010026	公費負担医療の受給者番号①	3 × × × × × ×
公費負担者番号②	91010025	公費負担医療の受給者番号②	3 × × × × × ×

公費負担者番号は、  
① 90010026  
② 91010025

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名 函館 太郎  
1男 4平成〇〇年〇〇月〇〇日生  
職務上の事由  
傷病名

この事例は、保険者負担を8割と仮定した計算例です。

初診料が発生する月の場合(初診月)

(例) 医療費総額 100,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 100,000円 × 0.8 = 80,000円

公費分①(90) 100,000円 × 0.2 - 580円 = 19,420円

乳初

【初診月】

療養の給付	保険請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円
	10,000			
	公費①	点	点	円
			580	
	公費②	点	点	円

初診時一部負担金(医科:580円, 歯科510円)を必ず記載してください。

※ 患者負担はありません。

患者負担はありませんので空欄になります。

初診料が発生しない月の場合(再診月)

(例) 医療費総額 100,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 100,000円 × 0.8 = 80,000円

公費分①(90) 100,000円 × 0.2 = 20,000円

公費分②(91) = 0円

乳初

【再診月】

療養の給付	保険請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円
	10,000			
	公費①	点	点	円
	公費②	点	点	円

患者負担はありませんので空欄になります。

※ 患者負担はありません。

『函館市子ども医療費助成制度』の『乳課』の受給者証を持っている

公費番号『90010026』と『91010025』の記載のある者

3歳～小学校入学前(注:6歳までではありません)までの『入院』『通院』についてのレセプト作成事例

NO. 2

医科・歯科

入院・通院

乳課

※ 患者負担はありません。

○ 診療報酬明細書

公費負担者番号①	90010026	公費負担医療の受給者番号①	3 × × × × × ×
公費負担者番号②	91010025	公費負担医療の受給者番号②	3 × × × × × ×

公費負担者番号は、  
① 90010026  
② 91010025  
となります。

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

この事例は、保険者負担を  
8割と仮定した計算例です。

氏名 函館太郎  
1男 4平成〇〇年〇〇月〇〇日生  
職務上の事由  
傷病名

(例) 医療費総額 100,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 100,000円 × 0.8 = 80,000円  
公費分①(90) 100,000円 × 0.2 - 10,000円 = 10,000円  
公費分②(91) = 10,000円  
患者負担額 = 0円

乳課

自己負担なし

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円
保険公費①	10,000 点	点	10,000 円
公費②	点	点	円

1割相当額を記載してください。

※ 患者負担はありません。

患者負担はありませんので空欄になります。

『函館市子ども医療費助成制度』の『乳初』の受給者証を持っている

公費番号『90010026』と『91010025』と『92010024』の記載のある者  
小学生の『入院』についてのレセプト作成事例

NO. 3

医科・歯科

入院

乳初

初診料を含む請求がある事例(初診月・上段)と再診のみの請求の事例(再診月・下段)です。

※ いずれも患者負担はありません。

○ 診療報酬明細書

公費負担者番号は、  
① 90010026  
② 91010025

公費負担者番号①	90010026	医療の受給者番号①	3 × × × × × ×
公費負担者番号②	91010025	公費負担医療の受給者番号②	3 × × × × × ×

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名 函館 太郎  
1男 4平成〇〇年〇〇月〇〇日生  
職務上の事由

傷病名

この事例は、保険者負担を7割と仮定した計算例です。

**初診料が発生する月の場合(初診月)**  
(例) 医療費総額 100,000円 乳幼児一部負担金 0円  
保険者保険分 100,000円 × 0.7 = 70,000円  
公費分①(90) 100,000円 × 0.3 - 580円 = 29,420円

療養の給付	保険公費①	請求点 10,000	※ 決 定 点	一部負担金額 580	円
	公費②				

初診時一部負担金(医科:580円, 歯科510円)を必ず記載してください。  
※ 患者負担はありません。

患者負担はありませんので空欄になります。

**初診料が発生しない月の場合(再診月)**  
(例) 医療費総額 100,000円 乳幼児一部負担金 0円  
保険者保険分 100,000円 × 0.7 = 70,000円  
公費分①(90) 100,000円 × 0.3 = 30,000円  
公費分②(91) = 0円

療養の給付	保険公費①	請求点 10,000	※ 決 定 点	一部負担金額	円
	公費②				

患者負担はありませんので空欄になります。  
※ 患者負担はありません。

『函館市子ども医療費助成制度』の『乳課』の受給者証を持っている

公費番号『90010026』と『91010025』と『92010024』の記載のある者  
小学生の『入院』についてのレセプト作成事例

NO. 4

医科・歯科

入院

乳課

※ 患者負担はありません。

○ 診療報酬明細書

公費負担者番号①	90010026	公費負担医療の受給者番号①	3 × × × × × ×
公費負担者番号②	91010025	公費負担医療の受給者番号②	3 × × × × × ×

公費負担者番号は、  
① 90010026  
② 91010025  
となります。

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

この事例は、保険者負担を  
7割と仮定した計算例です。

氏名 函館太郎  
1男 4平成〇〇年〇〇月〇〇日生  
職務上の事由

傷病名	診療開始日	転帰	診療実日数	保①	保②
-----	-------	----	-------	----	----

(例) 医療費総額 100,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 100,000円 × 0.7 = 70,000円  
公費分①(90) 100,000円 × 0.3 - 10,000円 = 20,000円  
公費分②(91) = 20,000円  
患者負担額 = 0円

乳課

自己負担なし

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円
保険公費①	10,000 点	点	10,000 円
公費②	点	点	円

1割相当額を記載してください。

※ 患者負担はありません。

患者負担はありませんので空欄になります。



『函館市子ども医療費助成制度』の『乳初』『乳課』の受給者証を持っている

公費番号『92010024』のみの記載のある者

0歳～高校生までの『入院』『通院』についてのレセプト作成事例

NO. 6

医科・歯科

入院・通院

乳初

乳課

※ 患者負担はありません。

○ 診療報酬明細書

公費負担者番号①	92010024	負担医療の受給者番号①	3 × × × × × ×
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

公費負担者番号は、  
① 92010024  
となります。

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

氏名	函館 太郎		
	1 男	4平成〇〇年〇〇月〇〇日生	
職務上の事由			

この事例は、保険者負担を  
8割と仮定した計算例です。

傷病名		診療開始		転		診療実日数	保	
						①		
						②		

(例) 医療費総額 100,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 100,000円 × 0.8 = 80,000円  
 公費分①(92) 100,000円 × 0.2 = 20,000円  
 患者負担額 = 0円

乳初

自己負担なし

療養の給付	保険請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円
	10,000			
	点	点		円
	公費①			円
	点	点		円
	公費②			円
	点	点		円

※ 患者負担はありません。

患者負担はありませんので空欄になります。