

函館市ひとり親家庭等医療費助成制度にかかる医療費の請求について

～柔道・整復師～

『函館市ひとり親家庭等医療費助成制度』について、令和2年8月診療分から、「3歳未満の子ども」と「非課税世帯の子ども」に係る医療費，さらには，すべての受給者に係る「入院および指定訪問看護」の医療費について，保険診療の窓口での自己負担分を無料といたします。

これにともない，受給者証の表示が一部変更となるとともに，受給者自己負担額や請求書の記載方法についても一部変更となります。（子ども医療費については変更ありません。）

1. 医療費受給者証の表示

受給者証の左上に記載の **親初** **親課** の表示について，

- 親初** の場合は，受給者の窓口負担は有りません。
- 親課** の場合は，**3歳以上の通院**に係る医療費のみ 1割負担 です。（調剤含む）
【月限度額 18,000 円】

公費負担者番号		9301 0023	受給者番号	5 1 2 3 4 5 6					
		9401 0022							
受	住所	函館市東雲町4番13号							

※ 保険診療に係る医療費が助成の対象となります。

受給者証の区分別 窓口負担額

受給者の区分	子ども			親	
	0～3歳未満	3歳～20歳未満			
		市区町村民税 非課税世帯	市区町村民税 課税世帯		
受給者証の表示区分	親初	親初	親課	親初	親課
柔道整復師等の施術	なし	なし	1割	助成対象外	

（令和2年8月診療分から適用）

2. 3歳になる子どもの受給者証

課税世帯（市区町村民税）の子が受給者証の有効期間内に3歳になり、自己負担が『なし』から『1割』へ変更となる場合の受給者証につきましては、上段に『〇〇月末までは、自己負担なし』と印字されていますので、**親課**と表示されていても、その月の末日までは、**親初** 自己負担『なし』として対応してください。
その翌月の1日から、**親課** 自己負担『1割』となります。

親課 12月末までは、自己負担なし	
ひとり親家庭等医療費受給者証	
公費負担番号 9301 0023 9401 0022	受給者番号 5 1 2 3 4 5 6
住所	函館市東雲町4番13号
氏名	函館 太郎
生年月日	平成29年12月24日
有効期間	令和2年8月1日から 令和3年7月31日まで
自己負担	(12月31日まで) なし (1月1日から) 1割 入院および指定訪問看護は、自己負担なし
発行機関名 および印 ならびに 交付年月日	函館市長 印 令和2年8月1日

ご注意ください！

「函館市ひとり親家庭等医療費助成」の受給者証を持っている親の方で「函館市重度心身障害者医療費助成」の受給者証も持っている方の柔道・整復師による施術につきましては、重度心身障害者医療費助成制度を適用してください。

3. 請求書の記載について

「3歳未満の子ども」と「非課税世帯の子ども」につきましては、令和2年7月の施術分まで初診時一部負担金（270円）は受給者の窓口負担となりますが、令和2年8月の施術分からは、この初診時一部負担金（270円）を函館市に請求していただくこととなり、受給者の窓口負担は「なし」となります。

これにともない請求書の記載につきましては、**親初** で初診の場合は、「一部負担金」欄の「初」を○で囲み、270円と記入し○で囲んでください。【記載例参照】

【請求書記載例】

ひとり親家庭等医療費請求書（医療機関用）

令和〇年〇〇月分下記のとおり請求する。
令和〇年〇〇月〇〇日

医療機関コード 〇〇.〇〇〇〇.〇

函館市長様

医療機関等の所在地及び名称 函館市東雲町4番13号
函館〇〇整骨院
開設者氏名 函館 太郎
TEL 0138-21-〇〇〇〇

函館太郎

※記載要領裏面

区分	保険給付	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	(75) 7割	1	7,000	700	220	※ 決			
	(75) 8割	2	15,000		440				
	(75) 限度額 (入院のみ)								

- 例1 「親初」で初診の場合
- 例2 「親初」で再診の場合
- 例3 「親課」の場合

「親初」は「初」を,
「親課」は「課」を
それぞれ〇で
囲んでください。

(内 訳 書)

診療 年月	受給者番号	患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等			請求金額		一部 負担 金	備考	
				(75) 7割	(75) 8割	(75) 限度額 (入院のみ)	長期高額疫病	結核・精神			
年月	5 0 0 0 0 0 0	東雲花子	入 外	点	点	円	円	結・精	初・課		
年月	5 1 1 1 1 1 1			5,000		円	円	結・精	初・課	270	
年月	5 2 2 2 2 2 2			7,000		円	円	結・精	初・課	700	
年月			入 外	点	点	円	円	結・精	初・課		
年月				改正点			円	円	結・精	初・課	
年月			入 外	点	点	円	円	結・精	初・課		
年月				「親初」で初診の場合は, 270円(初診時一部負担金)と 記入し、〇で囲んでください。 ただし、患者負担はありません。			円	円	結・精	初・課	
年月							円	円	結・精	初・課	
年月			入 外	点	点	円	円	結・精	初・課		
年月							円	円	結・精	初・課	
小 計			件数	1	2				700		
			点数 及び 金額	7,000	15,000						

【参考】

函館市ひとり親家庭等医療費助成制度 制度改正

(令和2年8月診療分から適用)

受給者の区分等	市民税の課税状況等		受給者自己負担 ※	
			現 行	改正後
3歳未満	非課税世帯 ・ 課税世帯		初診時一部負担金 (指定訪問看護は1割負担)	負担なし
3歳 ～20歳未満	非課税世帯		初診時一部負担金 (指定訪問看護は1割負担)	負担なし
	課税世帯	通 院	1割負担	1割負担
		入 院 (指定訪問看護も含む)	1割負担	負担なし
親 (入院および 指定訪問看護 のみ助成対象)	非課税世帯		初診時一部負担金 (指定訪問看護は1割負担)	負担なし
	課税世帯		1割負担	負担なし

※ 受給者自己負担

「初診時一部負担金」 — 初診料算定時に、医科は580円、歯科は510円、**柔道・整復、はり・きゅうは、270円。**

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