

## 函館市ひとり親家庭等医療費助成制度 レセプト作成事例集

### (目次)

| ページ | 医療機関等 |                          | 受給者区分 | 受給者証の表示等   | 事例NO |
|-----|-------|--------------------------|-------|------------|------|
| 1   | 医 科   | 入院および<br>指定訪問看護          | 親・子ども | 親 初(93・94) | NO.1 |
| 2   |       |                          |       | 親 課(93・94) | NO.2 |
| 3   | 歯 科   | 通院<br>調剤                 | 子ども   | 親 初(93・94) | NO.3 |
| 4   |       |                          |       | 親 課(93・94) | NO.4 |
| 5   | 歯 科   | 入院および指定<br>訪問看護<br>通院・調剤 | 子ども   | 親 初(95)    | NO.5 |
| 6   |       |                          |       | 親 課(95)    | NO.6 |

- ※ 『子ども』は、0歳～20歳未満(20歳の誕生日の前日が属する月末)が助成対象となります。
- ※ 『親』は、『入院および指定訪問看護』のみ助成対象となります。
- ※ 受給者証表面に記載された公費番号で請求してください。
- ※ 公費93と94の受給者番号、請求点数は必ず同じにしてください。

#### 【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



『親初』の受給者証を持っている

公費番号『93010123』『94010022』の記載のあるもの

親および子ども(0歳~20歳未満)の『入院』についてのレセプト作成事例

NO. 1

医科・歯科

入院

親初  
(親・子)

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 93010023  
② 94010022  
となります。

|          |          |               |               |
|----------|----------|---------------|---------------|
| 公費負担者番号① | 93010023 | 公費負担医療の受給者番号① | 5 × × × × × × |
| 公費負担者番号② | 94010022 | 公費負担医療の受給者番号② | 5 × × × × × × |

保険者番号

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 50,000円 ひとり親一部負担金 0円

保険者保険分 50,000円 × 0.7 = 35,000円  
公費分①(93) 50,000円 × 0.3 - 580円 = 14,420円  
公費分②(94) = 580円  
患者負担額 = 0円

|       |       |     |       |      |  |        |   |
|-------|-------|-----|-------|------|--|--------|---|
| 療養の給付 | 保険公費① | 請求点 | 5,000 | ※決定点 |  | 一部負担金額 | 円 |
|       | 公費②   | 点   |       | 点    |  | 580    | 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。  
注) 1割相当額ではありません。

※ 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 50,000円 ひとり親一部負担金 0円

保険者保険分 50,000円 × 0.7 = 35,000円  
公費分①(93) 50,000円 × 0.3 = 15,000円  
公費分②(94) = 0円  
患者負担額 = 0円

|       |       |     |       |      |  |        |   |
|-------|-------|-----|-------|------|--|--------|---|
| 療養の給付 | 保険公費① | 請求点 | 5,000 | ※決定点 |  | 一部負担金額 | 円 |
|       | 公費②   | 点   |       | 点    |  |        | 円 |

患者自己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。

『親課』の受給者証を持っている

公費番号『93010123』『94010022』の記載のあるもの

親および子ども(3歳～20歳未満)の『入院』についてのレセプト作成事例

※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 | 93010023 | 公費負担医療の受給者番号① | 5 × × × × × × |
| 公費負担者番号 ② | 94010022 | 公費負担医療の受給者番号② | 5 × × × × × × |

公費負担者番号は、  
① 93010023  
② 94010022  
となります。

保険者番号

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

診療開始日 転帰 診療実日数 保 ① ②

この事例は、保険者負担を7割と仮定した計算例です。

(例) 医療費総額 50,000円 ひとり親一部負担金 0円

|          |                        |           |
|----------|------------------------|-----------|
| 保険者保険分   | 50,000円 × 0.7          | = 35,000円 |
| 公費分①(93) | 50,000円 × 0.3 - 5,000円 | = 10,000円 |
| 公費分②(94) |                        | = 5,000円  |
| 患者負担額    |                        | = 0円      |

親課  
自己負担なし

| 療養の給付 | 保険公費① | 請求点   | ※決定点 | 一部負担金額 円 |
|-------|-------|-------|------|----------|
|       |       | 5,000 |      |          |
|       |       |       |      | 5,000    |
|       |       |       |      |          |

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。

『親初』の受給者証を持っている

公費番号『93010123』『94010022』の記載のあるもの

子ども(0歳~20歳未満)の『通院』についてのレセプト作成事例

NO. 3

医科・歯科

通院

親初  
(子)

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 93010023  
② 94010022  
となります。

|          |          |               |               |
|----------|----------|---------------|---------------|
| 公費負担者番号① | 93010023 | 公費負担医療の受給者番号① | 5 × × × × × × |
| 公費負担者番号② | 94010022 | 公費負担医療の受給者番号② | 5 × × × × × × |

被保険者番号

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

傷病名

初診料が発生する月の場合(初診月)

(例) 医療費総額 10,000円 ひとり親一部負担金 0円

保険者保険分 10,000円 × 0.7 = 7,000円  
公費分①(93) 10,000円 × 0.3 - 580円 = 2,420円  
公費分②(94) = 580円  
患者負担額 = 0円

この事例は、保険者負担を7割と仮定した計算例です。

|       |       |       |      |        |   |
|-------|-------|-------|------|--------|---|
| 療養の給付 | 保険公費① | 請求点   | ※決定点 | 一部負担金額 | 円 |
|       |       | 1,000 |      |        |   |
|       | 公費②   |       |      | 580    | 円 |
|       |       |       |      |        | 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。  
注) 1割相当額ではありません

※ 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 10,000円 ひとり親一部負担金 0円

保険者保険分 10,000円 × 0.7 = 7,000円  
公費分①(93) 10,000円 × 0.3 = 3,000円  
公費分②(94) 0円  
患者負担額 0円

親初

【再診月】

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

患者自己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。

『親課』の受給者証を持っている

公費番号『93010123』『94010022』の記載のあるもの

子ども(3歳~20歳未満)の『通院』についてのレセプト作成事例

NO. 4

医科・歯科

通院

親課  
(子)

※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 | 93010023 | 公費負担医療の受給者番号① | 5 × × × × × × |
| 公費負担者番号 ② | 94010022 | 公費負担医療の受給者番号② | 5 × × × × × × |

公費負担者番号は、  
① 93010023  
② 94010022  
となります。

保険者番号

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 10,000円 ひとり親一部負担金 0円

保険者保険分 10,000円 × 0.7 = 7,000円  
公費分①(93) 10,000円 × 0.3 - 1,000円 = 2,000円  
公費分②(94) = 1,000円

親課

1割負担

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

『函館市ひとり親家庭等医療費助成制度』の『親初』の受給者証を持っている  
公費番号『95010021』の記載のあるもの

NO. 5  
医科・歯科  
入院・通院  
親初  
(子)

親および子ども(0歳～3歳未満)の『入院』『通院』についてのレセプト作成事例

※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 | 95010021 | 公費負担医療の受給者番号① | 5 × × × × × × |
|----------|----------|---------------|---------------|

公費負担者番号は、  
① 95010021  
となります。

保険者番号

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

診療開始日 転帰 診療実日数 保① 保②

この事例は、保険者負担を7割と仮定した計算例です。

(例) 医療費総額 50,000円 ひとり親一部負担金 0円  
 保険者保険分 50,000円 × 0.7 = 35,000円  
 公費分①(95) 50,000円 × 0.3 = 15,000円  
 患者自己負担額 = 0円

親課  
自己負担なし

|       |       |     |       |      |  |        |   |
|-------|-------|-----|-------|------|--|--------|---|
| 療養の給付 | 保険公費① | 請求点 | 5,000 | ※決定点 |  | 一部負担金額 | 円 |
|       | 公費②   | 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。

『函館市ひとり親家庭等医療費助成制度』の『親課』の受給者証を持っている  
公費番号『95010021』の記載のあるもの

NO. 6  
医科・歯科  
入院・通院  
親課  
(親・子)

親の『入院』および  
子ども(3歳～20歳未満)の『入院』『通院』についてのレセプト作成事例

※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 95010021  
となります。

|          |          |               |               |
|----------|----------|---------------|---------------|
| —        | —        | —             | —             |
| 公費負担者番号① | 95010021 | 公費負担医療の受給者番号① | 5 × × × × × × |
|          |          |               |               |

保険者番号

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 10,000円 ひとり親一部負担金 0円

保険者保険分 10,000円 × 0.7 = 7,000円  
公費分①(95) 10,000円 × 0.3 = 3,000円  
患者負担額 = 0円

親課

1割負担

| 療養の給付 | 保険公費①<br>公費② | 請求点   | ※ 決 定 点 | 一部負担金額 円 |
|-------|--------------|-------|---------|----------|
|       |              | 1,000 |         |          |
|       |              | 点     | 点       | 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。



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

