

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	医療機関等		受給者証の表示等	年齢区分	事例NO
1	医科	入院	乳初 (注1)	0歳～小学生	NO.1
2				中学生	NO.2
3			乳課	3歳～小学生	NO.3
4				中学生	NO.4
5	歯科	通院	乳初 (注1)	0歳～小学校入学前(注2)	NO.5
6				小学生・中学生	NO.6
7			乳課	3歳～小学校入学前(注2)	NO.7
8				小学生・中学生	NO.8
9	調剤	—	乳初 (注1)	0歳～小学校入学前(注2)	NO.9
10				小学生・中学生	NO.10
11			乳課	3歳～小学校入学前(注2)	NO.11
12				小学生・中学生	NO.12
13	指定 訪問看護	—	乳初・乳課	0歳～小学生	NO.13
14				中学生	NO.14

(注1) 3歳になる子どもについて(課税世帯の子どものみ)

右記の様な受給者証をお持ちの受給者については、課税世帯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です。

受給者証の上段に『〇〇月末までは、自己負担なし』と印字されていますので、まるの中は『乳課』と表示されていますが、その月の末日までは、『乳初』で『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、『乳課』で『自己負担：1割』となります。

乳課 12月末までは、自己負担なし		子ども医療費受給者証	
公費負担番号	9001 0026 9101 0025 9201 0024	年齢 番号	3 1 2 3 4 5 6
受給者	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		

(注2) 『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。

『函館市子ども医療費助成制度』の『乳初』の受給者証を持っている

0歳～小学生までの『入院』についてのレセプト作成事例

NO. 1

医科・歯科

入院

乳初

この事例は『乳初』の受給者証を持っている『0歳～小学生』までの受給者の『入院』にかかる請求で、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
となります。

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 × × × × × ×

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 25,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,000円 × 0.8 = 20,000円
公費分①(90) 25,000円 × 0.2 - 580円 = 4,420円
公費分②(91) = 580円
患者負担額 = 0円

この事例は、保険者負担を8割と仮定した計算例です。

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
保険給付	2,500			
公費①	点	点	580	円
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。
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 25,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,000円 × 0.8 = 20,000円
公費分①(90) 25,000円 × 0.2 = 5,000円
公費分②(91) = 0円
患者負担額 = 0円

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
保険給付	2,500			
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『乳初』の受給者証を持っている
中学生の『入院』についてのレセプト作成事例

NO. 2

医科・歯科

入院

乳初

この事例は、『乳初』の受給者証を持っている『中学生』の受給者の『入院』にかかる請求の事例です。

※ 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 92010024
となります。

—		—	
公費負担者番号①	92010024	公費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	

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名	函館 太郎		
性別	1 男	生年	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	
		転	
		診療実日数	保 ① ②

(例) 医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,550円 × 0.7 = 17,885円
 公費分①(92) 25,550円 × 0.3 = 7,665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
		2,555			
	公費①	点	点		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。

『函館市子ども医療費助成制度』の『乳課』の受給者証を持っている

3歳～小学生までの『入院』についてのレセプト作成事例

NO. 3

医科・歯科

入院

乳課

この事例は、『乳課』の受給者証を持っている『3歳～小学生』までの受給者の『入院』にかかる請求の事例です。

※ 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

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 ① ②

（例）医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,550円 × 0.8 = 20,440円
公費分①(90) 25,550円 × 0.2 - 2,555円 = 2,555円
公費分②(91) = 2,555円
患者負担額 = 0円

乳課
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
	公費①	2,555		2,555
	公費②			

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

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

この事例は『乳初』の受給者証を持っている『0歳～小学校入学前』の『通院』にかかる請求で、
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。

(注) 『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。

○ 診療報酬明細書

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

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 × × × × × ×

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
性別 1 男
職務上の事由
傷病

初診料が発生する月の場合(初診月)
(例) 医療費総額 25,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,000円 × 0.8 = 20,000円
公費分①(90) 25,000円 × 0.2 - 580円 = 4,420円
公費分②(91) = 580円
患者負担額 = 0円

療養の給付	保険	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円
		2,500			
	公費①	点	点	580	円
	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。
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 25,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,000円 × 0.8 = 20,000円
公費分①(90) 25,000円 × 0.2 = 5,000円
公費分②(91) = 0円
患者負担額 = 0円

療養の給付	保険	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円
		2,500			
	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『乳初』の受給者証を持っている
小学生または中学生の『通院』についてのレセプト作成事例

NO. 6

医科・歯科

通院

乳初

この事例は、『乳初』の受給者証を持っている『小学生』または『中学生』の『通院』にかかる請求の事例です。

※ 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。

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	転帰	診療実日数	保
			①	
			②	

(例) 医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,550円 × 0.7 = 17,885円
公費分①(92) 25,550円 × 0.3 = 7,665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
	2,555			
	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。

『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

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

この事例は、『乳課』の受給者証を持っている『3歳～小学校入学前』の受給者の『通院』にかかる請求の事例です。

※ 患者負担は1割相当額です。

(注) 『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。

○ 診療報酬明細書

公費負担者番号は、
① 90010026
となります。

—					
公費負担者番号①	90010026	公費負担医療の受給者番号①	3 × × × × × ×	保険者番号	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	

氏名	函館 太郎	
性別	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	

(例) 医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 2,555円

保険者保険分 25,550円 × 0.8 = 20,440円

公費分①(90) 25,550円 × 0.2 - 2,555円 = 2,555円

患者負担額 = 2,555円

乳課
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
		2,555			
		点	点	2,555	円
		点	点		円

※ 患者負担は1割相当額です

1割相当額を記載してください。

『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
小学生または中学生の『通院』についてのレセプト作成事例

NO. 8

医科・歯科

通院

乳課

この事例は、『乳課』の受給者証を持っている『小学生』または『中学生』の『通院』にかかる請求の事例です。

※ 患者負担は1割相当額です。

○ 診療報酬明細書

公費負担者番号は、
① 92010024
となります。

公費負担者番号①	92010024	公費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	

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

(例) 医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 2,555円

保険者保険分 25,550円 × 0.7 = 17,885円
公費分①(92) 25,550円 × 0.3 - 2,555円 = 5,110円
患者負担額 = 2,555円

乳課

1割負担

療養の給付	保険	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
		2,555			
	公費①	点	点	2,555	円
	公費②	点	点		円

※ 患者負担は1割相当額です

1割相当額を記載してください。

『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

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

この事例は『乳初』の受給者証を持っている『0歳～小学校入学前』の『調剤』にかかる請求です。

※ 患者負担はありません。

(注) 『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。

○ 調剤報酬明細書

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		公費負担医療の受給者番号②	

公費負担者番号は、
① 90010026
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

保険医療機関の所在地及び名称

※ 公費負担者番号につきましては、「90010026」のみの請求となりますので『公費負担番号②』の欄は空欄となります。
ただし、電算処理の都合により、公費負担者番号①と②がセットになっていて公費負担者番号②を消去できない仕様となっている場合は、「91010025」の記載があってもかまいませんが、公費負担者番号②への請求額が発生するような明細書については、返戻となりますのでご注意ください。

〜

(例) 医療費総額 25,000円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,000円 × 0.8 = 20,000円
公費分①(90) 25,000円 × 0.2 = 5,000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	点	点	点
	公費①	2,500			円	点	点	点
	公費②				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。

『函館市子ども医療費助成制度』の『乳初』の受給者証を持っている

小学生または中学生の『調剤』についてのレセプト作成事例

NO. 10

調剤

乳初

小学生・中学生

この事例は、『乳初』の受給者証を持っている『小学生』または『中学生』の『調剤』にかかる請求の事例です。

※ 患者負担はありません。

○ 調剤報酬明細書

公費負担者番号①	92010024	公費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。

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

保険医療機関の所在地及び名称	診	1. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.	保	①	
				受付回数	②	

(例) 医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分 25,550円 × 0.7 = 17,885円
公費分①(92) 25,550円 × 0.3 = 7,665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	点	点	点
	公費①	2,555			円	点	点	点
	公費②				円			点

※ 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『乳課』の受給者証を持っている

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

この事例は、『乳課』の受給者証を持っている『3歳～小学校入学前』の『調剤』にかかる請求の事例です。

※ 患者負担は1割相当額です。

(注) 『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。

○ 調剤報酬明細書

公費負担者番号は、
① 90010026
となります。

—	—								
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		公費負担医療の受給者番号②							

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								
性別	1男								
生年月日	4平成〇〇年〇〇月〇〇日生								
職務上の事由									
保険医療機関の所在地及び名称	診	1.		6.		保 受 付 回 数	①		
		2.		7.			②		
		3.		8.					
		4.		9.					
		5.		10.					

(例) 医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 2,555円

保険者保険分 25,550円 × 0.8 = 20,440円

公費分①(90) 25,550円 × 0.2 - 2,555円 = 2,555円

患者負担額 = 2,555円

乳課
1割負担

療養の給付	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円	点	点	点
	2,555						
	点	点	円	点	点	点	点
	点	点	円	点	※ 患者負担は1割相当額です。		

1割相当額を記載してください。

『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

小学生または中学生の『調剤』についてのレセプト作成事例

NO. 12

調剤

乳課

小学生・中学生

この事例は、『乳課』の受給者証を持っている『小学生』または『中学生』の『調剤』にかかる請求の事例です。

※ 患者負担は1割相当額です。

○ 調剤報酬明細書

公費負担者番号①	92010024	公費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。

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

保険医療機関の所在地及び名称	1. 診 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.	保 ① ②
----------------	------------------------------	-----------------------------	-------------

(例) 医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 2,555円

保険者保険分 25,550円 × 0.7 = 17,885円
 公費分①(92) 25,550円 × 0.3 - 2,555円 = 5,110円
 患者負担額 = 2,555円

乳課

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	点	点	点
		2,555						
				2,555				
								※ 患者負担は1割相当額です。

1割相当額を記載してください。

0歳から小学生までの指定訪問看護にかかるレセプト作成事例

指定訪問看護

乳初・乳課

0歳～小学生

この事例は、『函館市子ども医療費助成』の『乳初』または『乳課』の受給者証を持っている『0歳～小学生』までの『指定訪問看護』にかかる請求の事例です。

※ 患者負担はありません。

○ 訪問看護療養費明細書

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

氏名 函館 太郎
1男 4平成〇〇年〇〇月〇〇日生

特記事項

この事例は、保険者負担を8割と仮定した計算例です。

（例）医療費総額 13,650円 乳幼児一部負担金 0円

保険者保険分	13,650円 × 0.8	=	10,920円
公費分①(90)	13,650円 × 0.2 - 1,365円	=	1,365円
公費分②(91)		=	1,365円
患者負担額		=	0円

合	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額 円
保	13,650		
險	点	点	円
公			1,365
費			円
①			
計			
公			
費			
②			

1割相当額を記載してください。(注)

※ 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。

(注) 指定訪問看護の北海道基準の患者負担については、1割相当額(1円単位)となり、『乳初』は 8,000円、『乳課』は 18,000円 が上限額となります。

ただし、3歳未満の『乳初』については、異なる場合がありますので、当課(函館市子ども未来部子育て支援課 電話 0138-21-3181)へ確認してください。

中学生の指定訪問看護にかかるレセプト作成事例

指定訪問看護

乳初・乳課

中学生

この事例は、『函館市子ども医療費助成』の『乳初』または『乳課』の受給者証を持っている『中学生』の『指定訪問看護』にかかる請求の事例です。

※ 患者負担はありません。

○ 訪問看護療養費明細書

公費負担者番号①	92010024	公費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。

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	特記事項	訪問看護 ステーション の住所地及 び名称
訪問した住所	1 男 4平成〇〇年〇〇月〇〇日生		
職務上の事由			

（例）医療費総額 25,550円 乳幼児一部負担金 0円

主たる傷病名		実日数	保険
心身の状態		①	
指示期間		②	

保険者保険分 $25,550円 \times 0.7 = 17,885円$
 公費分①(92) $25,550円 \times 0.3 = 7,665円$
 患者負担額 = 0円

～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～

合 計	保 險	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額	円
	公 費	2, 555			
	公 費 ①	点	点		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。

【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