

函館市子ども医療費医療費助成制度にかかる医療費の請求について

～ 医科・歯科・調剤・指定訪問看護～

『函館市子ども医療費助成制度』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。

1. 函館市子ども医療費助成制度の概要(令和2年8月診療分から適用)

(1) 助成の対象者(所得制限あり)

函館市に住所を有する中学校卒業までの子ども

(満15歳に達する日以後の最初の3月31日までの子ども)

(2) 助成の対象範囲

入院, 通院, 調剤, 指定訪問看護, 補装具等の費用

ただし, 食事療養標準負担額を除く。

(3) 自己負担額

【負担なし】

- ① 3歳未満の子どもに係る医療費
- ② 非課税世帯(市区町村民税)の子どもに係る医療費
- ③ 入院および指定訪問看護に係る療養費

【1割負担】

課税世帯(市区町村民税)の3歳から中学校卒業までの子どもに係る通院費(調剤含む)【月上限額 18,000円】

受給者区分別 受診形態別 窓口での受給者自己負担額

区 分	受診形態		
	入 院	通 院 (調剤含む)	指定訪問看護
0歳～3歳未満	なし	なし	なし
3歳～中学生(非課税世帯)	なし	なし	なし
3歳～中学生(課税世帯)	なし	1 割	なし

(令和2年8月診療分から適用)

(4) 公費負担者番号

平成30年8月から令和2年7月までの診療分につきましては、ひとつの公費負担者番号による請求でしたが、令和2年8月以降の診療分からは3種類の公費負担者番号によりご請求いただくこととなります。これに伴い医療費受給者証には、公費負担者番号が3種類記載されます。

乳初		子ども医療費受給者証							
公費負担者番号	9001 0026	受給者番号	3	1	2	3	4	5	6
	9101 0025								
	9201 0024								
受住所	函館市東雲町4番13号								

【函館市子ども医療費助成の公費負担者番号の種類】

- 『 9001 0026 』－ 北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
- 『 9101 0025 』－ 上記の患者負担分を函館市が助成
- 『 9201 0024 』－ 函館市独自の医療費助成

(5) 医療費受給者証の表示

受給者証の左上に記載の **乳初** **乳課** の表示について、

- 乳初** の場合は、受給者の窓口負担は有りません。
- 乳課** 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)
【月限上限額 18,000円】

乳初		子ども医療費受給者証							
公費負担者番号	9001 0026	受給者番号	3	1	2	3	4	5	6
	9101 0025								
	9201 0024								
受住所	函館市東雲町4番13号								

※ 入院・指定訪問看護は、
全ての受給者について
窓口負担は有りません。

(6) 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限内に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、**乳課**と表示されていますが、その月の末日までは、**乳初** 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、**乳課** 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	受給者番号	3 1 2 3 4 5 6
受給者住所	函館市東雲町4番13号		
受給者氏名	函館 太郎		
受給者生年月日	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		

受給者自己負担額受給者証の区分別 窓口負担額

受給者証の表示区分		乳初		乳課
受給者の区分		0歳～3歳未満	非課税世帯 (市区町村民税)	課税世帯 (市区町村民税)
			3歳～中学生	3歳～中学生
受診形態	入院	なし	なし	なし
	通院 (調剤含む)	なし	なし	1割 【月上限額 18,000円】
	指定訪問看護	なし	なし	なし

(令和2年8月診療分から適用)

公費負担者番号と医療費助成内容（子ども医療費助成）

受給者証の表示区分		乳初			乳課			
受診形態	受給者の区分	受給者窓口負担						
		0~3歳未満	非課税世帯（市区町村民税）			課税世帯（市区町村民税）		
			小学校入学前	小学生	中学生	小学校入学前	小学生	中学生
入院	90 北海道医療給付事業の基準	【初診料算定月】 初診時一部負担金 (医科 580 円, 歯科 510 円) 【再診月】 なし			—	総医療費の1割 (月額上限 57,600 円)		—
	91 上記のうち患者負担分を函館市が助成	【初診料算定月】 初診時一部負担金を助成 ⇒ なし			—	総医療費の1割 ⇒ なし		—
	92 函館市独自の医療費助成	—	なし		—	なし		
通院	90 北海道医療給付事業の基準	【初診料算定月】 初診時一部負担金 (医科 580 円, 歯科 510 円) 【再診月】 なし		—	総医療費の1割 (月額上限 18,000 円)		—	
	91 上記のうち患者負担分を函館市が助成	【初診料算定月】 初診時一部負担金を助成 ⇒ なし		—	—	—		
	92 函館市独自の医療費助成	—	なし		—	総医療費の1割 (月額上限 18,000 円)		
指定訪問看護	90 北海道医療給付事業の基準	療養費の1割 (月額上限： 乳初 8,000 円, 乳課 18,000 円)		—	療養費の1割 (月額上限： 乳初 8,000 円, 乳課 18,000 円)		—	
	91 上記のうち患者負担分を函館市が助成	療養費の1割 ⇒ なし		—	療養費の1割 ⇒ なし		—	
	92 函館市独自の医療費助成	—	なし		—	なし		

※ 『調剤』については、通院（再診月）と同様。

受診形態別 年齢別 道・市助成内容（子ども医療費助成）

受診形態	受給者証区分	窓口負担	受給者区分	道・市制度別 自己負担額		
				90 北海道基準	91 函館市(拡大) 【90へ上乘せ分】	92 函館市(独自)
入院	乳初	なし	0歳 ～3歳未満	【初診料算定月】 初診時一部負担金 (医科 580 円, 歯科 510 円) 【再診月】 なし	【初診料算定月】 ⇒ なし	—
			3歳 ～小学校入学前			
			小学生	—	—	なし
	乳課	なし	3歳 ～小学校入学前	総医療費の1割 (月額上限 57,600 円)	⇒ なし	—
			小学生			
			中学生	—	—	なし
通院	乳初	なし	0歳 ～3歳未満	【初診料算定月】 初診時一部負担金 (医科 580 円, 歯科 510 円) 【再診月】 なし	【初診料算定月】 ⇒ なし	—
			3歳 ～小学校入学前			
			小学生	—	—	なし
	乳課	1割	3歳 ～小学校入学前	総医療費の1割 (月額上限 18,000 円)	—	—
			小学生			
			中学生	—	—	総医療費の1割 (月額上限 18,000 円)
指定訪問看護	乳初 ・ 乳課	なし	0歳 ～小学生	療養費の1割 (月額上限： 乳初 8,000 円, 乳課 18,000 円)	⇒ なし	—
			中学生	—	—	なし

※ 『調剤』については、通院（再診月）と同様。

(7) レセプト請求(令和2年8月診療分から適用)

◆ **乳初** の受給者証の場合 (受給者の窓口での自己負担額はありませぬ)

- ・ 小学校入学前(入院・通院)と小学生(入院)の受給者につきましては、初診料が算定された場合は、医療保険と公費「90」「91」の3者併用のレセプトで作成し、初診時一部負担金(医科580円、歯科510円)を公費①の「一部負担金額」欄に記入してください。
再診の場合は、初診時一部負担金は発生しないので、医療保険と公費「90」の2者併用レセプトで作成してください。
- ・ 小学生(通院)と中学生の受給者につきましては、医療保険と公費「92」の2者併用レセプトで作成してください。

◆ **乳課** の受給者証の場合 (3歳以上の通院に係る医療費のみ1割負担)

※ 受給者証の有効期間内に3歳になる子で、3歳の誕生月の翌月から『1割』負担となる受給者(課税世帯の子)の受給者証については、**乳課** の表示となっておりますが、誕生月の末日までは **乳初** としての取り扱いとなりますのでご注意ください。

【入院の場合】

- ・ 3歳～小学生(入院)の受給者につきましては、医療保険と公費「90」「91」の3者併用レセプトで作成し、医療費の1割の金額(1円単位)を公費①の「一部負担金額」欄に記入してください。※月額上限 57,600円
- ・ 中学生(入院)の受給者につきましては、医療保険と公費「92」の2者併用レセプトで作成してください。

【通院の場合】

- ・ 3歳～小学校入学前(通院)の受給者につきましては、医療保険と公費「90」の2者併用レセプトで作成してください。※月額上限 18,000円
- ・ 小学生と中学生(通院)の受給者につきましては、医療保険と公費「92」の2者併用レセプトで作成してください。

◆ **指定訪問看護**の場合 (受給者の窓口での自己負担はありません)

- 指定訪問看護については、**乳初** ・ **乳課** のいずれの受給者証も、
- ・ 0歳～小学生までの受給者は、医療保険と公費「90」「91」の3者併用レセプトで作成し、医療費の1割の金額(1円単位)を公費①の「一部負担金額」欄に記入してください。※月額上限：乳初－8,000円、乳課－18,000円
 - ・ 中学生の受給者につきましては、医療保険と公費「92」の2者併用レセプトで作成してください。

公費負担者番号とレセプト形態（子ども医療費助成）

受診形態	受給者証区分	受給者の年齢	窓口負担	レセプト公費①②の公費負担者番号	レセプト請求形態	レセプト公費①負担金の記載
入院	乳初	0歳～3歳未満	なし	【初診料算定月】 ① 9001 0026 ② 9101 0025	【初診料算定月】 3者併用	【初診料算定月】 医科580円 歯科510円
		3歳～小学校入学前		【再診月】 ① 9001 0026		
		小学生	なし	① 9201 0024	2者併用	記載なし
		中学生				
	乳課	3歳～小学校入学前	なし	① 9001 0026 ② 9101 0025	3者併用	医療費の1割 (月額上限 57,600円)
		小学生				
中学生		なし	① 9201 0024	2者併用	記載なし	
通院	乳初	0歳～3歳未満	なし	【初診料算定月】 ① 9001 0026 ② 9101 0025	【初診料算定月】 3者併用	【初診料算定月】 医科580円 歯科510円
		3歳～小学校入学前		【再診月】 ① 9001 0026		
		小学生	なし	① 9201 0024	2者併用	記載なし
		中学生				
	乳課	3歳～小学校入学前	1割	① 9001 0026	2者併用	医療費の1割 (月額上限 18,000円)
		小学生	1割	① 9201 0024	2者併用	医療費の1割 (月額上限 18,000円)
中学生						
指定訪問看護	乳初	0歳～小学生	なし	① 9001 0026 ② 9101 0025	3者併用	医療費の1割 (月額上限： 乳初 8,000円, 乳課 18,000円)
	乳課	中学生		なし		

※ 『調剤』については、通院（再診月）と同様。

函館市子ども医療費助成制度 レセプト作成早見表

受診形態	受給者証区分	受給者の年齢	一部負担金	レセプト公費負担者番号	道・市制度別自己負担			レセプト公費①の公費負担者番号	レセプト請求形態	レセプト公費①負担金の記載
					90 北海道基準	91 函館市(拡充)【90へ上乗せ分】	92 函館市(独自)			
入院	乳初	0歳 ～小学生	なし	91【初診料算定月】 北海道基準(90)に函館市の助成を上乗せ 初診時一部負担金(道)⇒負担なし(市)	【初診料算定月】 初診時一部負担金 (医科580円、 歯科510円)	⇒なし	【初診料算定月】 ① 9001 0026 ② 9101 0025	【初診料算定月】 3者併用	【初診料算定月】 医科580円 歯科510円	
		中学生	なし	90【再診月】 北海道医療給付事業の基準	【再診月】 なし	-	① 9001 0026	【再診月】 2者併用	【再診月】 記載なし	
通院	乳既	3歳 ～小学生	なし	91 北海道基準(90)に函館市の助成を上乗せ 1割負担(道)⇒負担なし(市)	1割	⇒なし	① 9001 0026 ② 9101 0025	3者併用	医療費の1割 月額上限 57,600円	
		中学生	なし	92 函館市独自の医療助成	-	-	① 9201 0024	2者併用	記載なし	
調剤	乳初	0歳 ～小学校入学前	なし	91【初診料算定月】 北海道基準(90)に函館市の助成を上乗せ 初診時一部負担金(道)⇒負担なし(市)	【初診料算定月】 初診時一部負担金 (医科580円、 歯科510円)	⇒なし	【初診料算定月】 ① 9001 0026 ② 9101 0025	【初診料算定月】 3者併用	【初診料算定月】 医科580円 歯科510円	
		小学生 ～中学生	なし	90【再診月】 北海道医療給付事業の基準	【再診月】 なし	-	① 9001 0026	【再診月】 2者併用	【再診月】 記載なし	
調剤	乳既	3歳 ～小学校入学前	1割	92 函館市独自の医療助成	-	-	① 9201 0024	2者併用	記載なし	
		小学生 ～中学生	1割	90 北海道医療給付事業の基準	1割	-	① 9001 0026	2者併用	医療費の1割 月額上限 18,000円	
調剤	乳初	0歳 ～小学校入学前	なし	92 函館市独自の医療助成	なし	-	① 9001 0026	2者併用	記載なし	
		小学生 ～中学生	なし	90 北海道医療給付事業の基準	-	-	① 9201 0024	2者併用	記載なし	
調剤	乳既	3歳 ～小学校入学前	1割	92 函館市独自の医療助成	1割	-	① 9001 0026	2者併用	医療費の1割 月額上限 18,000円	
		小学生 ～中学生	1割	90 北海道医療給付事業の基準	-	-	① 9201 0024	2者併用	医療費の1割 月額上限 18,000円	
指定訪問看護	乳初	0歳 ～小学生	なし	91 北海道基準(90)に函館市の助成を上乗せ 1割負担(道)⇒負担なし(市)	1割	⇒なし	① 9001 0026 ② 9101 0025	3者併用	医療費の1割 月額上限 8,000円 乳初 8,000円 乳既 18,000円	
		中学生	なし	92 函館市独自の医療助成	-	-	① 9201 0024	2者併用	記載なし	

【参考】

『函館市子ども医療費助成制度』
『函館市ひとり親家庭等医療費助成制度』 の改正について

1. 制度改正の主旨

函館市では、子育て世帯の医療費負担について、さらなる助成内容の充実を図ることによって、子どもの健全な育成に資するため、現行の助成内容に加えて、『3歳未満の子ども』および『非課税世帯の子ども』の医療費、さらには『全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、保険診療の自己負担を無料とします。

2. 改正の時期

令和2年8月の診療分から適用となります。

3. 改正内容の概要と現行制度との比較

◇ 函館市子ども医療費助成制度

(令和2年8月診療分から適用)

受給者の区分	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 ～中学生	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

◇ 函館市ひとり親家庭等医療費助成制度

(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・整復はひとり親家庭等のみ270円を負担。

「1割負担」－ かかった医療費の1割を負担。

「負担なし」－ 窓口での自己負担なし。

【参考】

《令和2年8月診療分からの年齢別 診療形態別 公費負担者番号》

◇ 公費負担者番号の種類

区 分	子ども医療費助成		ひとり親家庭等医療費助成	
	公費区分	公費負担者番号	公費区分	公費負担者番号
北海道医療給付事業の基準	90	9001 0026	93	9301 0023
上記のうち受給者負担分を函館市が助成	91	9101 0025	94	9401 0022
函館市独自の医療助成	92	9201 0024	-	-

◇ 函館市子ども医療費助成制度

(令和2年8月診療分から適用)

区 分	受給者証の表示等	入 院			通 院			調 剤			指定訪問看護			
		公費区分	道基準自己負担	市助成自己負担	公費区分	道基準自己負担	市助成自己負担	公費区分	道基準自己負担	市助成自己負担	公費区分	道基準自己負担	市助成自己負担	
3歳未満	乳初	初診	91	580	0	91	580	0	90	0	-	91	1割	0
		再診	90	0	-	90	0	-						
3歳 ~就学前	乳初	初診	91	580	0	91	580	0	90	0	-			
		再診	90	0	-	90	0	-						
	乳課	91	1割	0	90	1割	-	90	1割	-				
小学校	乳初	初診	91	580	0	92	-	0	92	-	0			
		再診	90	0	-	92	-	0						
	乳課	91	1割	0	92	-	1割	92	-	1割				
中学校	乳初	92	-	0	92	-	0	92	-	0	92	-	0	
	乳課	92	-	0	92	-	1割	92	-	1割				

◇ 函館市ひとり親家庭等医療費助成制度

(令和2年8月診療分から適用)

区 分	受給者証の表示等	入 院			通 院			調 剤			指定訪問看護			
		公費区分	道基準自己負担	市助成自己負担	公費区分	道基準自己負担	市助成自己負担	公費区分	道基準自己負担	市助成自己負担	公費区分	道基準自己負担	市助成自己負担	
3歳未満	親初	初診	94	580	0	94	580	0	93	0	-	94	1割	0
		再診	93	0	-	93	0	-						
3歳 ~20歳未満	親初	初診	94	580	0	94	580	0	93	0	-			
		再診	93	0	-	93	0	-						
	親課	94	1割	0	93	1割	-	93	1割	-				
親	親初	初診	94	580	0	助成対象外			助成対象外					
		再診	93	0	-									
	親課	94	1割	0										

※ 『歯科』については、「道基準自己負担」欄の初診時一部負担金は歯科510円。

※ ひとり親家庭等医療費助成制度の親については、「入院」と「指定訪問看護」のみ助成対象。

《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）