

平成 30 年 8 月診療分からの主な変更点

1 重度心身障がい者医療及びひとり親家庭等医療のレセプト併用化

平成 30 年 8 月診療分からは、本書をもとに公費負担者番号をレセプトに記載し、医療費を請求してください。

なお、月遅れや過誤により、平成 30 年 7 月診療分以前のを請求する場合は、従来どおり「重度心身障がい者医療費請求書」または「ひとり親家庭等医療費請求書」（紙の請求書）にて請求してください。

2 通院に係る月額上限の改正

北広島市医療費助成事業における課税世帯の医療費・訪問看護利用料の月額上限を次のとおり引き上げます。

平成 30 年 7 月診療分まで 14,000 円 ⇒ 平成 30 年 8 月診療分から 18,000 円

3 国公費との併用が可能

今まで、医療機関の窓口では、特定医療費（指定難病）等と併用できませんでしたが、平成 30 年 8 月診療分からは併用が可能となります。

※レセプトの記載例など詳しくは、北海道国民健康保険団体連合会または社会保険診療報酬支払基金北海道支部へお問い合わせください。

4 指定訪問看護のレセプト併用化

今まで、指定訪問看護事業者については、市と協定を締結したうえで「重度心身障がい者医療費請求書」または「ひとり親家庭等医療費請求書」（紙の請求書）にて市へ直接請求していただいていたましたが、平成 30 年 8 月診療分からは、レセプト請求できるようになりました。

※市と協定を締結する必要はありません。

北広島市

重度心身障がい者医療費助成制度の概要

1 制度の趣旨

重度心身障がい者の健康の向上と福祉の増進、医療にかかる経済的負担の軽減を図ることを目的に実施しています。

2 対象者と助成内容

- (対象者) ①身体障害者手帳1級・2級、3級の一部(内部疾患)の方
②療育手帳「A」判定の方
(または、医師などにおいて重度の知的障がいと判定された方)
③精神障害者保健福祉手帳1級の方
※いずれも所得制限があります。

- (助成内容) ①・②の方：通院・入院・指定訪問看護※
③の方：通院・指定訪問看護※

3 自己負担額

《平成30年8月診療分から》

| 区分 | 就学前 児童 | 小学生以上で 非課税世帯の方 | 小学生以上で課税世帯の方 |
|--------------|--|-------------------|--|
| 通院 (調剤含む) | 初診時一部負担金 (医科580円、歯科510円、 柔道整復270円) | | 総医療費の1割負担 (限度額18,000円/月) |
| 入院 | ※小学校就学前児童で、北広島 市内の医療機関を受診した場 合は無料 | | 総医療費の1割負担 (限度額57,600円/月 ※多数回該当44,400円) |
| 指定訪問 看護※ | 訪問看護療養費の1割 (月限度額：非課税世帯8,000円、課税世帯18,000円) | | |

北広島市

ひとり親家庭等医療費助成制度の概要

1 制度の趣旨

ひとり親家庭等の健康の向上と福祉の増進、医療にかかる経済的負担の軽減を図ることを目的に実施しています。

2 対象者と助成内容

- (対象者) ①ひとり親家庭（母子・父子家庭）及び両親のいない家庭の18歳未満の子ども（18歳以上の特例あり）
②上記①の子どもを監護している、ひとり親家庭の母または父

- (助成内容) ①の方（18歳未満の子ども）：通院・入院・指定訪問看護※
②の方（母または父）：入院・指定訪問看護※

3 自己負担額

《平成30年8月診療分から》

| 区分 | 就学前 児童 | 小学生以上で 非課税世帯の方 | 小学生以上で課税世帯の方 |
|--------------|--|-------------------|--|
| 通院 (調剤含む) | 初診時一部負担金 (医科 580 円、歯科 510 円、 柔道整復 270 円) | | 総医療費の 1 割負担 (限度額 18,000 円/月) |
| 入院 | ※小学校就学前児童で、北広島 市内の医療機関を受診した場 合は無料 | | 総医療費の 1 割負担 (限度額 57,600 円/月 ※多数回該当 44,400 円) |
| 指定訪問 看護※ | 訪問看護療養費の 1 割 (月限度額：非課税世帯 8,000 円、課税世帯 18,000 円) | | |

レセプト請求の方法

(医科・歯科・調剤)

受給者証に記載のある公費負担者番号を用いて、レセプト請求してください。

◆公費負担者番号の種類

重度医療：45010519（北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成）

46010518（北海道医療給付事業の基準に市で上乗せした医療費助成）

ひとり親医療：93010510（北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成）

94010519（北海道医療給付事業の基準に市で上乗せした医療費助成）

◆受給者証（見本）

| | | |
|----|----|----|
| 障初 | 老初 | 親初 |
|----|----|----|

医科 580 円、歯科 510 円

※就学前児童が北広島市内の医療機関を受診した場合は無料

| | | |
|----|----|----|
| 障課 | 老課 | 親課 |
|----|----|----|

総医療費の 1 割

※月限度額 通院 18,000 円、入院 57,600 円

有効期間内に公費番号・負担割合が変わる場合や、入院・通院で異なる場合は、文言を記載しています。必ずご確認ください。

| | | | |
|--------------|---|-------|---------|
| 障初 | 重度心身障がい者医療費受給者証 | | |
| 公費負担者番号 | 45010519 ***** ***** | 受給者番号 | 1000000 |
| 住所 | 北広島市中央4丁目2番地1 | | |
| 氏名 | 北嶋 太郎 | | 男 |
| 生年月日 | 昭和 30 年 4 月 1 日 | | |
| 有効期間 | 平成 30 年 8 月 1 日から 平成 31 年 7 月 31 日まで 【入院医療は助成対象外】 | | |
| 発行機関名 及び印 | 北海道 北広島市長 | | |
| 交付年月日 | 平成 30 年 8 月 1 日 | | |

◆診療報酬明細書（レセプト）（見本）

診療報酬明細書（レセプト）に公費負担者番号と受給者番号を記載してください。

| | | |
|---------------------|------------------|---------------------|
| ○診療報酬明細書 (医科・歯科) | | 都道府県 医療機関コード 県番号 |
| 平成 年 月 分 | 診療日 | 診療時間 |
| 公費負担者番号 45010519 | 受給者番号 1000000 | 診療科目 調剤 |
| 診療日 | 診療時間 | 診療内容 |
| 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 |
| 31 | 32 | 33 |
| 34 | 35 | 36 |
| 37 | 38 | 39 |
| 40 | 41 | 42 |
| 43 | 44 | 45 |
| 46 | 47 | 48 |
| 49 | 50 | 51 |
| 52 | 53 | 54 |
| 55 | 56 | 57 |
| 58 | 59 | 60 |
| 61 | 62 | 63 |
| 64 | 65 | 66 |
| 67 | 68 | 69 |
| 70 | 71 | 72 |
| 73 | 74 | 75 |
| 76 | 77 | 78 |
| 79 | 80 | 81 |
| 82 | 83 | 84 |
| 85 | 86 | 87 |
| 88 | 89 | 90 |
| 91 | 92 | 93 |
| 94 | 95 | 96 |
| 97 | 98 | 99 |
| 100 | 101 | 102 |
| 103 | 104 | 105 |
| 106 | 107 | 108 |
| 109 | 110 | 111 |
| 112 | 113 | 114 |
| 115 | 116 | 117 |
| 118 | 119 | 120 |
| 121 | 122 | 123 |
| 124 | 125 | 126 |
| 127 | 128 | 129 |
| 130 | 131 | 132 |
| 133 | 134 | 135 |
| 136 | 137 | 138 |
| 139 | 140 | 141 |
| 142 | 143 | 144 |
| 145 | 146 | 147 |
| 148 | 149 | 150 |
| 151 | 152 | 153 |
| 154 | 155 | 156 |
| 157 | 158 | 159 |
| 160 | 161 | 162 |
| 163 | 164 | 165 |
| 166 | 167 | 168 |
| 169 | 170 | 171 |
| 172 | 173 | 174 |
| 175 | 176 | 177 |
| 178 | 179 | 180 |
| 181 | 182 | 183 |
| 184 | 185 | 186 |
| 187 | 188 | 189 |
| 190 | 191 | 192 |
| 193 | 194 | 195 |
| 196 | 197 | 198 |
| 199 | 200 | 201 |
| 202 | 203 | 204 |
| 205 | 206 | 207 |
| 208 | 209 | 210 |
| 211 | 212 | 213 |
| 214 | 215 | 216 |
| 217 | 218 | 219 |
| 220 | 221 | 222 |
| 223 | 224 | 225 |
| 226 | 227 | 228 |
| 229 | 230 | 231 |
| 232 | 233 | 234 |
| 235 | 236 | 237 |
| 238 | 239 | 240 |
| 241 | 242 | 243 |
| 244 | 245 | 246 |
| 247 | 248 | 249 |
| 250 | 251 | 252 |
| 253 | 254 | 255 |
| 256 | 257 | 258 |
| 259 | 260 | 261 |
| 262 | 263 | 264 |
| 265 | 266 | 267 |
| 268 | 269 | 270 |
| 271 | 272 | 273 |
| 274 | 275 | 276 |
| 277 | 278 | 279 |
| 280 | 281 | 282 |
| 283 | 284 | 285 |
| 286 | 287 | 288 |
| 289 | 290 | 291 |
| 292 | 293 | 294 |
| 295 | 296 | 297 |
| 298 | 299 | 300 |

公費負担者番号の種類と一部負担金について

《小学校就学前児童》

| 区分 | 一部負担金 (患者負担) | 公費負担者番号 | 受給者証 の表示 | 記載例 |
|---------------|--------------------------------------|---|--------------------------------|---------------------------------|
| 入院 ・ 通院 | 初診時一部負担金のみ (北広島市内の医療機関を受診した場合は無料) | ◆3歳未満 ◆3歳～就学前で住民税非課税世帯 (重度) 45010519 (ひとり) 93010510 ※北広島市内医療機関のみ初診時一部負担金を46010518・94010519で請求 | 障初 親初 課税・非課税共通です | 医科 P6～8 歯科 P19～21 調剤 P29 |
| | | ◆3～6歳未満で住民税課税世帯 (重度) 45010519と 46010518の併用 (ひとり) 93010510と 94010519の併用 | | 医科 P9～12 歯科 P22～25 調剤 P30 |

【注】課税世帯の子どもで、受給者証の有効期間内に小学1年生となる場合は「障課」「親課」と記載されていますが、就学前の場合、窓口負担は初診時一部負担金のみとなります。

《小学生以上》

| 区分 | 一部負担金 (患者負担) | 公費負担者番号 | 受給者証の 表示 | 記載例 |
|----|----------------------------------|-------------------|-------------|----------------------------------|
| 入院 | ◆非課税世帯 初診時一部負担金のみ | (重度) 45010519 | 障初 老初 親初 | 医科 P13～14 |
| | ◆課税世帯 総医療費の1割 月限度額 57,600円 | (ひとり) 93010510 | 障課 老課 親課 | 医科 P15 |
| 通院 | ◆非課税世帯 初診時一部負担金のみ | (重度) 45010519 | 障初 老初 親初 | 医科 P16～17 歯科 P26～27 調剤 P29 |
| | ◆課税世帯 総医療費の1割 月限度額 18,000円 | (ひとり) 93010510 | 障課 老課 親課 | 医科 P18 歯科 P28 調剤 P31 |