子育て支援医療費助成制度

ひとり親家庭等医療費助成制度

医療機関用事務の手引き

金沢市

令和２年４月

【令和９年１月改訂】

目　　次

１．子育て支援医療費助成の概要　・・・・・・・・・・・・・・・P1

２．ひとり親家庭等医療費助成の概要　・・・・・・・・・・・・・P2

３．現物給付方式・自動償還払い方式・償還払い方式の流れ・・P4
（１）現物給付方式
（２）自動償還払い方式
（３）償還払い方式

４．給付方法について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P9
（１）現物給付方式となるもの
（２）自動償還払い方式となるもの
（３）償還払い方式となるもの
（４）他の公費負担制度との関係

５．医療機関等での取扱いについて　・・・・・・・・・・・・・・P12
（１）受給者証の確認
（２）有効期間の確認
（３）公費負担者番号
（４）受給者証
（５）窓口での徴収方法
（６）高額療養費の取扱いについて
（７）医療費の請求について

６．レセプトの記載要領　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P20
（１）レセプト作成にあたっての留意点
（２）レセプトの記載事例

Q&A
現物給付方式　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P29

自動償還払い方式　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P32

《参考》ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細書・・・・・P40

１．子育て支援医療費助成の概要

１．医療費の助成を受けられる方は

金沢市に住民登録があり、国民健康保険または社会保険に加入している子どもの保護者です。

ただし、ひとり親家庭等医療費助成制度の適用を受けている方又は生活保護を受けている方を除きます。

２．助成の対象年齢・期間

令和８年 12 月診療分まで

入院：お子さんの誕生日（または転入日）から満 18 歳になった日以後の最初の３月末日）まで

通院：お子さんの誕生日（または転入日）から中学３年生（満 15 歳になった日以後の最初の３月末日）まで

令和９年１月診療分から

入院・通院：お子さんの誕生日（または転入日）から満 18 歳になった日以後の最初の３月末日）まで

３．助成対象

健康保険が適用された入院・通院医療費です。

※助成対象外となる費用の例

自費診療分、健康診断の費用、予防接種の費用、分娩費用、おむつ代、薬の容器代、文書料、入院中の食費、選定療養（差額ベッド代、紹介状なしの 200 床以上の病院の初診料等）

４．所得制限

なし

５．助成方法

「現物給付方式」と「償還払い方式」の２種類あります。

６．自己負担額

令和８年 12 月診療分まで

０～15 歳まで　　１か月につき上限１,０００円

16 歳～18 歳になる年度の方は、入院分のみ自己負担無料

令和９年１月診療分から

０～18 歳まで　　１か月につき上限１,０００円

入院分は自己負担無料

医療機関（保険医療機関、保険薬局）における窓口負担額

① 現物給付方式の場合

入院：無料
通院：１医療機関あたり１日 500 円以内
調剤：無料（保険薬局における保険調剤）

② 償還払い方式の場合　　保険診療の一部負担金（２割または３割）

医療機関の窓口で支払った額（①＋②）の１か月分の合計額のうち、1,000 円を超えた金額を、後日、市から保護者の口座に振り込みます。

２．ひとり親家庭等医療費助成の概要

１．医療費の助成を受けられる方は

金沢市に住民登録があり、国民健康保険または社会保険に加入し児童を養育している母子家庭の母、父子家庭の父、父母のいない児童を養育している方です。

ただし、子育て支援医療費助成制度の適用を受けている方又は生活保護を受けている方を除きます。

※ひとり親家庭等医療費助成制度の「児童」は「18 歳に達する日以後の最初の３月 31 日までの間にある者又は 20 歳未満で児童扶養手当法施行令（昭和 36 年政令第 405 号）別表第１に定める程度の障害の状態にある者」です。

２．助成の対象年齢・期間

母子家庭の母及び児童、父子家庭の父及び児童、父母のいない児童で、児童が満 18 歳になった日以後の最初の３月末日までです。

ただし、中程度以上の障害のある児童の場合は、満 20 歳になる誕生日の前日までです。

３．助成対象

健康保険が適用された入院・通院医療費です。

※助成対象外となる費用の例

自費診療分、健康診断の費用、予防接種の費用、分娩費用、おむつ代、薬の容器代、文書料、入院中の食費、選定療養（差額ベッド代、紹介状なしの 200 床以上の病院の初診料等）

４．所得制限

児童扶養手当と同様の所得制限があります。(所得制限を超過している方はひとり親家庭等医療費助成制度の適用を受けられません。)

５．助成方法（児童と親は、助成方法が異なります）

児童の場合　　:「現物給付方式」と「償還払い方式」の２種類

父又は母の場合 :「自動償還払い方式」と「償還払い方式」の２種類

６．自己負担額

〔児童の場合〕

令和５年９月診療分まで　　１か月につき上限１,０００円

令和５年 10 月診療分から　　自己負担　なし

医療機関や保険薬局における窓口負担額

① 現物給付方式の場合

令和５年９月診療分まで

入院：１レセプトあたり 1,000 円
通院：１医療機関あたり１日 500 円以内
調剤：無料（保険薬局における保険調剤）

令和５年 10 月診療分から

入院：無料
通院：無料
調剤：無料（保険薬局における保険調剤）

② 償還払い方式の場合　　保険診療の一部負担金（２割または３割）

後日、下記について市から保護者の口座に振り込みます。

・令和５年９月診療分までは、医療機関の窓口で支払った額（①＋②）の１か月分の合計額のうち 1,000 円を超えた金額
・令和５年 10 月診療分からは、保険診療の一部負担金（②）全額

〔父または母の場合〕

自己負担額　　１か月につき上限１,０００円

① 自動償還払い方式の場合

保険診療の一部負担金（２割または３割）の支払（助成金の申請手続きは不要）

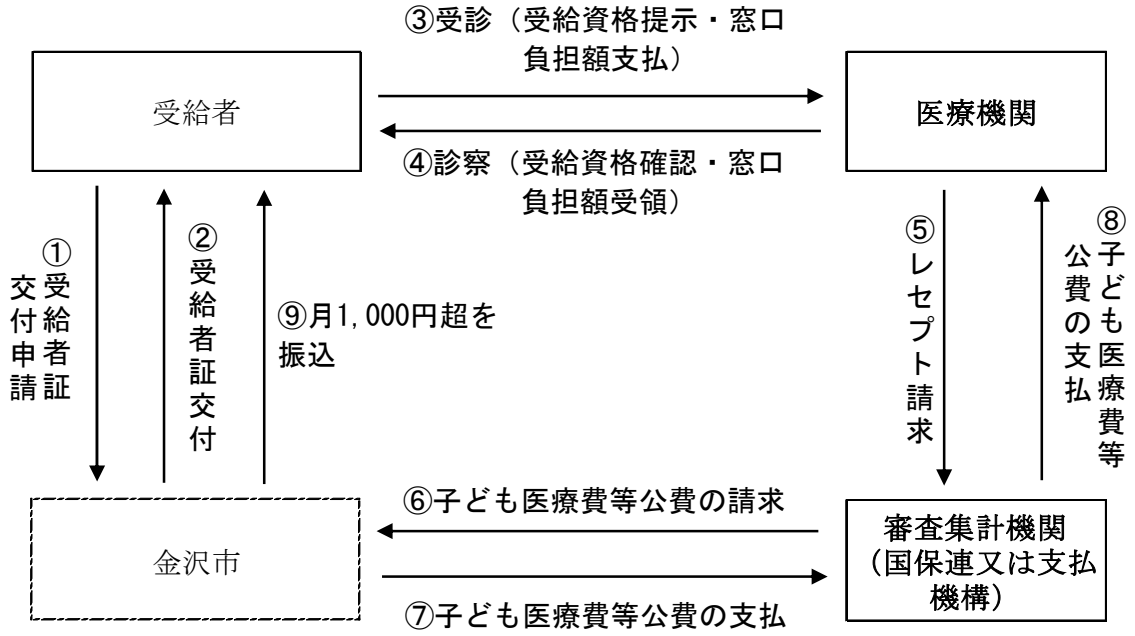
② 償還払い方式の場合

保険診療の一部負担金(２割または３割)の支払(助成金の申請手続きは必要)

医療機関の窓口で支払った額（①＋②）の１か月分の合計額のうち 1,000 円を超えた金額を後日市から保護者の口座に振り込みます。

３．現物給付方式・自動償還払い方式・償還払い方式の流れ

（１）現物給付方式



医療機関窓口では、受給者証に記載されている窓口負担額までを徴収します。保険診療の一部負担金額（医療費の２割または３割）と徴収した窓口負担額の差額を、医療機関から国保連合会や支払機構へ子ども医療費等公費分として請求する方法です。

※⑨について、令和５年 10 月診療分以降ひとり親児童については全額振込

【現物給付のポイント】

① 受給者

医療機関窓口で受給者証を提示すると、窓口負担額の支払で医療サービスを受けることができます。

○子育て支援医療費助成

変更点は下線部分

区分	通院	入院
対象	【令和８年12月診療分まで】 中学校３年生まで（※１）	高校３年生相当まで（※２）
	【令和９年１月診療分から】 高校３年生相当まで（※２）	
窓口負担額	500円／日（１医療機関あたり）	０円
自己負担上限額	1,000円／月（超過分は市から還付）	０円
調剤	０円	０円

（※１）15歳に達する年度の３月31日まで

（※２）高校等在学か否かを問わず、18歳に達する年度の３月31日まで

○ひとり親家庭等医療費助成

変更点は下線部分

区分	通院	入院
対象	高校３年生相当まで（※３）	
窓口負担額	【令和５年９月診療分まで】 500円／日（１医療機関あたり）	【令和５年９月診療分まで】 1,000円／月（１医療機関あたり）
	【令和５年10月診療分から】 ０円	
自己負担上限額	【令和５年９月診療分まで】 1,000円／月（超過分は市から還付）	
	【令和５年10月診療分から】 ０円	
調剤	０円	

（※３）高校等在学か否かを問わず、18歳に達する年度の３月31日まで。ただし、中程度の障害のある児童の場合は、満20歳になる誕生日の前日まで

②医療機関

・受付時、受給者証を確認。

・併用レセプトで医療費の保険給付額と子ども医療費等公費の請求とを併せて審査支払機関（国保連合会または支払機構）に行います。

③審査支払機関

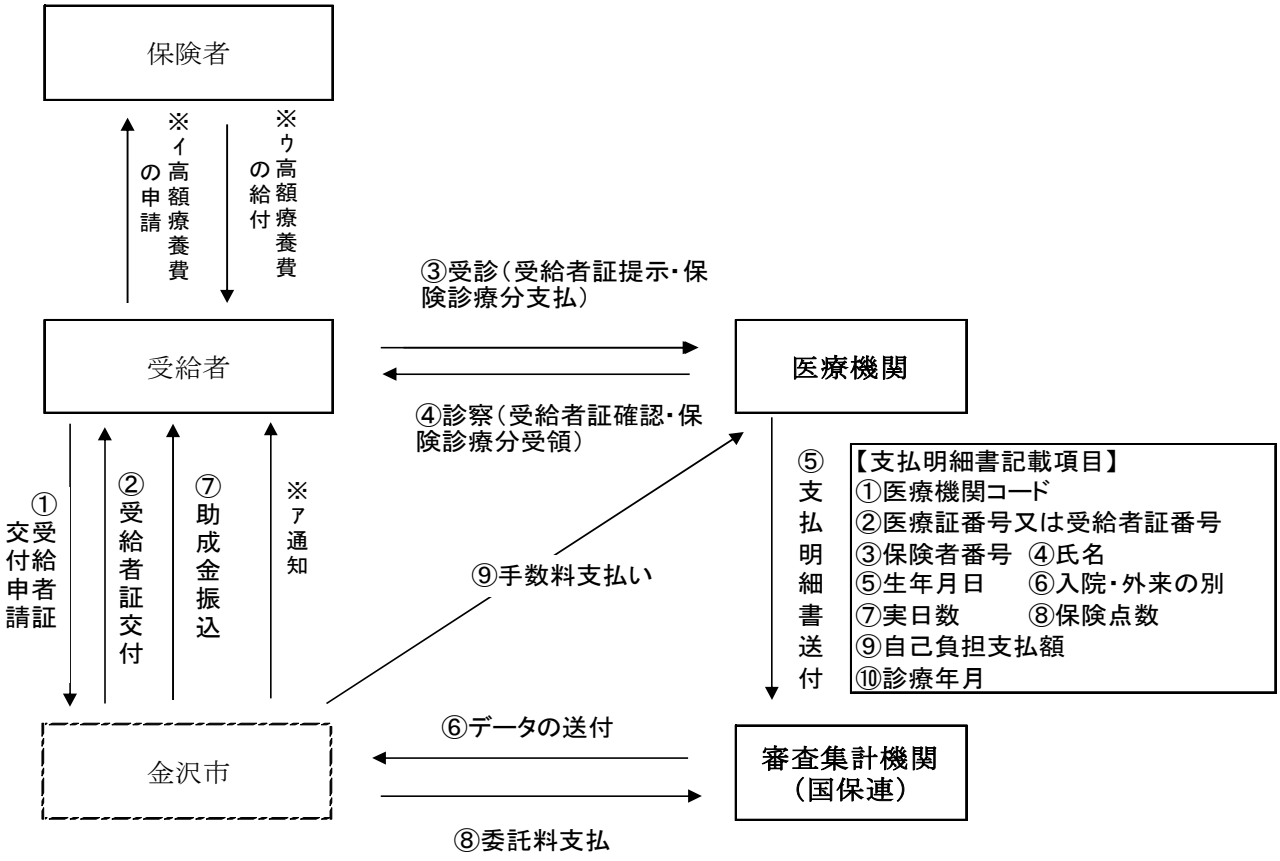
・併用レセプトの内容を審査の上、子ども医療費等公費を金沢市に請求します。
・金沢市からの支払いを受けて医療機関に子ども医療費等公費を支払います。

④市

・審査支払機関からの請求を受けて、子ども医療費等公費を審査支払機関に支払います。
・現物給付により負担した額と償還払いの保険診療分を合算した額のうち 1,000 円を超えた額を保護者の指定口座へ振り込みます。
令和５年10月診療分からひとり親家庭等医療費助成の児童は現物給付の窓口負担額が無料となるため、償還払いの保険診療分の全額を保護者の指定口座へ振り込みます。

（2）自動償還払い方式

医療機関窓口では、保険診療の一部負担金を徴収します。医療機関窓口にて受給者証を提示することにより、市の窓口で助成申請をしなくても保護者の口座に助成金が振り込まれる方式です。



※ア～ウは、高額療養費に該当した場合のみ行う手続きです。

【自動償還払いのポイント】

①受給者

・医療機関の窓口で、受給者証を提示することが必要になります。
・資格申請時の手続きのみで、その後の市の窓口で支給申請手続きは不要となります。
・申請期限切れで助成を受けられないということがなくなります。
・高額療養費については、保険者に申請します。

②医療機関

・受付時、受給者証の確認が必要になります。
・支払明細書を、毎月 10 日までに国保連合会へ送付します。

③国保連合会

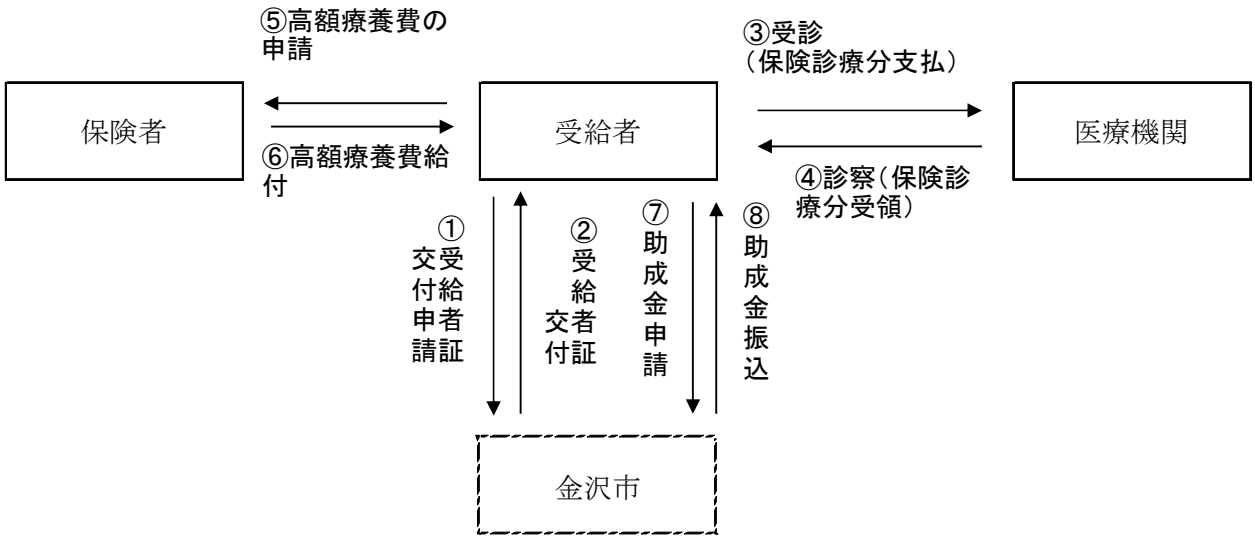
医療機関から送付された支払明細書をチェックしデータ作成、作成後市へ送付します。

④市

・受給者証の提示があった診療月の３カ月後の月末に助成金を指定口座へ振り込みます。
・高額療養費に該当する場合、対象者に通知を発送します。
・医療機関、国保連合会に手数料を支払います。

（3）償還払い方式

医療機関窓口では、保険診療の一部負担金を徴収します。保護者は、市へ医療費の領収書を提出して助成金申請を行います。



【償還払いのポイント】

①受給者

・診療月の翌月以降、その都度、市の窓口で支給申請手続きが必要です。

・診療月の翌月から２年以内（ひとり親医療は５年以内）に申請しないと助成を受けられません。

・高額療養費に該当した場合は、自分で加入健康保険者に請求しなければなりません。

・医療機関の窓口での受給者証の提示は不要です。

②医療機関

償還払いに必要な事項が記載されている領収書または領収証明書を発行します。

③市

支給申請があった翌月末に助成金を指定口座へ振り込みます。

令和５年９月診療分まで

<table>
<tr><th></th><th>現物給付</th><th>自動償還払い</th><th>償還払い</th></tr>
<tr><td rowspan="2">概　要</td><td rowspan="2">窓口での支払いは、
通院：１日 500 円、
入院: 1ﾚｾﾌﾟﾄ1,000 円、
調剤：無料

保険診療の一部負担金額との差額分は、市から医療機関に支払う。</td><td colspan="2">窓口で保険診療の一部負担金額を支払う。</td></tr>
<tr><td>助成金の申請は不要。
（自動的に口座に振込み）</td><td>助成金の申請が必要。</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>・子育て支援医療費助成対象の子ども
・ひとり親家庭等医療費助成対象の児童</td><td>ひとり親家庭等医療費助成対象の父または母</td><td>左記対象者で、現物給付や自動償還にならないもの</td></tr>
<tr><td>取扱い医療機関等</td><td>石川県内の病院・診療所・薬局・整骨院・接骨院・鍼灸院</td><td>金沢市内の病院・診療所・薬局</td><td>・県外を含む病院・診療所・薬局・整骨院・接骨院・鍼灸院
・訪問看護ステーション</td></tr>
<tr><td>審査支払機関</td><td>国保連又は支払基金（併用レセプト）</td><td>国保連（明細書）</td><td>なし</td></tr>
</table>

令和５年 10 月診療分から

<table>
<tr><th></th><th>現物給付</th><th>自動償還払い</th><th>償還払い</th></tr>
<tr><td>概　要</td><td rowspan="2">窓口での支払いは、

・子育て支援医療費助成対象の子ども
<u>入院：　無料</u>
通院：１日 500 円
調剤：　無料

・ひとり親家庭等医療費助成対象の児童
<u>入院：　無料</u>
<u>通院：　無料</u>
<u>調剤：　無料</u>

保険診療の一部負担金額との差額分は、市から医療機関に支払う。</td><td colspan="2">窓口で保険診療の一部負担金額を支払う。</td></tr>
<tr><td></td><td>助成金の申請は不要。
（自動的に口座に振込み）</td><td>助成金の申請が必要。</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>ひとり親家庭等医療費助成対象の父または母</td><td>左記対象者で、現物給付や自動償還にならないもの</td></tr>
<tr><td>取扱い医療機関等</td><td>石川県内の病院・診療所・薬局・整骨院・接骨院・鍼灸院</td><td>金沢市内の病院・診療所・薬局</td><td>・県外を含む病院・診療所・薬局・整骨院・接骨院・鍼灸院
・訪問看護ステーション</td></tr>
<tr><td>審査支払機関</td><td>国保連又は支払機構※
（令和８年 10 月機関名変更）
（併用レセプト）</td><td>国保連（明細書）</td><td>なし</td></tr>
</table>

４．給付方法について

（１）現物給付方式となるもの

・子育て支援医療費助成対象の子どもが、現物給付取扱医療機関に受給者証を提示して受けた診療
・ひとり親家庭等医療費助成対象の児童が、現物給付取扱医療機関に受給者証を提示して受けた診療

例外の取り扱い

次の場合には現物給付の取扱いとなりません。

・医療機関で受給者証の提示がない場合
・他の公費負担制度の適用を受ける場合で、受診する医療機関が現物給付方式に対応していない場合
・療養費払い（治療用装具等）に該当した場合
・訪問看護ステーションで受診した場合

（２）自動償還払い方式となるもの

ひとり親家庭等医療費助成対象の親が、金沢市が指定した市内の病院、診療所、調剤薬局で受給者証を提示して受けた診療

例外の取り扱い

次の場合には自動償還払いの取扱いとなりません。

・医療機関で受給者証の提示がない場合
・他の公費負担制度の適用を受ける場合
・療養費払い（治療用装具等、柔整等）に該当した場合
・訪問看護ステーションで受診した場合

（３）償還払い方式となるもの

・受給者証を提示しない受診
・現物給付や自動償還払いの取扱医療機関以外での受診
・他の公費負担制度の適用を受ける場合で、医療機関が現物給付方式に対応していない受診
・療養費払い（治療用装具等）に該当する受診
・訪問看護ステーションの利用

（４）他の公費負担制度との関係

子ども医療費等助成制度よりも、他の公費負担制度（下表参照）が優先します。ただし、先に適用した公費負担制度に自己負担額がある場合は、当該自己負担額について、子ども医療費等助成制度の対象となります。

≪公費負担制度一覧≫

法律等	名称	公費番号
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	結核患者の適正医療	１０
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	結核患者の入院	１１
生活保護法	医療扶助	１２
戦傷病者特別援護法	療養の給付	１３
戦傷病者特別援護法	更生医療	１４
障害者自立支援法	更生医療	１５
障害者自立支援法	育成医療	１６
児童福祉法	療養の給付	１７
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	認定疾病	１８
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	一般疾病	１９
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	措置入院	２０
障害者自立支援法	精神通院医療	２１
麻薬及び向精神薬取締法	入院措置	２２
母子保健法	養育医療	２３
障害者自立支援法	療養介護医療	２４
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	一類感染症等	２８
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	新感染症	２９
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律	医療観察	３０
肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付	肝炎治療特別促進事業	３８
特定疾患治療研究費及び先天性血液凝固因子障害等治療費	特定疾患等	５１
児童福祉法	小児慢性	５２
児童福祉法の措置等に係る医療の給付	措置等医療	５３
難病の患者に対する医療等に関する法律	難病医療	５４
特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法	特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者給付金	６２
石綿による健康被害の救済に関する法律	石綿救済	６６
児童福祉法による障害児施設医療	肢体不自由児通所及び障碍児入所医療	７９

５．医療機関等での取扱いについて

（１）受給者証の確認

現物給付を行うには、金沢市が発行する受給者証が必要になります。医療機関の窓口では、**受診の都度**、受給者証の提示を求め、内容を確認していただくようお願いいたします。なお、受診者の住所に変更がないかのご確認も併せてお願いいたします。

※金沢市における受給者証提示の周知、転出者への対応
①市において、資格認定申請時に受給者証提示の説明を行います。
②受給者証の裏面や制度説明チラシに毎回提示する旨の記載をします。
③受給者証の裏面や制度説明チラシに転出時には使用出来なくなる旨の記載をします。

（２）有効期間の確認

受給者証には有効期間が記載されていますので、期間内の受診であるか確認してください。

（３）公費負担者番号

公費負担者番号は、８桁の算用数字から構成されています。

◎現物給付

令和５年９月診療分まで
○子ども医療証（入院・通院）

法別		都道府県		実施機関			検証
8	9	1	7	4	0	2	3

○ひとり親家庭等医療費受給資格者証（児童　入院・通院）

法別		都道府県		実施機関			検証
9	1	1	7	4	0	2	9

令和５年 10 月診療分から

○子ども医療証（入院）

法別		都道府県		実施機関			検証
8	8	1	7	4	0	2	4

○子ども医療証（通院）

法別		都道府県		実施機関			検証
8	9	1	7	4	0	2	3

○ひとり親家庭等医療費受給資格者証（児童　入院・通院）

法別		都道府県		実施機関			検証
9	0	1	7	4	0	2	0

◎償還払い/自動償還払い

○ひとり親家庭等医療費受給資格者証（親　入院・通院）

法別		都道府県		実施機関			検証
9	3	1	7	4	0	2	7

（4）受給者証

令和９年１月からの子ども医療証

令和８年 12 月下旬に下記の「金沢市子ども医療証」を交付します。一斉切り替えとなりますので令和９年１月診療分より旧様式の「子ども医療証」は使用できませんので御注意下さい。

<table>
<tr><td colspan="2">金沢市子ども医療証</td><td>公費負担者番号　８８１７４０２４</td></tr>
<tr><td colspan="2">医 療 証 番 号</td><td>１２３４５６７</td></tr>
<tr><td colspan="2">有　効　期　間</td><td>令和９年１月１日から令和２１年３月３１日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="3">子ども</td><td>住　　所</td><td>金沢市広坂１丁目１番１号</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>石川 次郎</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>令和　２年　４月　２日</td></tr>
<tr><td colspan="2">保 護 者 氏 名</td><td>石川 太郎</td></tr>
<tr><td colspan="3">窓口負担額
入　　院　　無料</td></tr>
<tr><td colspan="3">令和９年１月１日交付　　石川県　金沢市長　　印</td></tr>
<tr><td colspan="2">金沢市子ども医療証</td><td>公費負担者番号　８９１７４０２３</td></tr>
<tr><td colspan="2">医 療 証 番 号</td><td>１２３４５６７</td></tr>
<tr><td colspan="2">有　効　期　間</td><td>令和９年１月１日から令和２１年３月３１日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="3">子ども</td><td>住　　所</td><td>金沢市広坂１丁目１番１号</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>石川 次郎</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>令和　２年　４月　２日</td></tr>
<tr><td colspan="2">保 護 者 氏 名</td><td>石川 太郎</td></tr>
<tr><td colspan="3">窓口負担額
通　　院　１医療機関あたり１日５００円
調　　剤　無料（保険薬局における保険調剤）</td></tr>
<tr><td colspan="3">令和９年１月１日交付　　石川県　金沢市長　　印</td></tr>
</table>

※裏面には注意事項を記載します。

ひとり親家庭等医療費受給資格証　（児童）　白色・・現物給付

ひとり親家庭等医療費助成制度に変更はありませんので、引き続き従来の受給証を使用できます。

金沢市ひとり親家庭等医療費受給資格証		公費負担者番号　９０１７４０２０
受給資格証番号		１２３４５６７
有　効　期　間		令和８年１０月１日から令和９年９月３０日まで
申請者	住　　所	金沢市広坂１丁目１番１号
	氏　　名	金沢　花子
受給者	氏　　名	金沢　一郎
	生年月日	平成２３年　５月　１日
窓口負担額 通　　院　無料 入　　院　無料 調　　剤　無料（保険薬局における保険調剤）		
令和８年１０月１日交付　　石川県　金沢市長　　印		

※裏面には注意事項を記載します。

ひとり親家庭等医療費受給資格証　（父又は母）　薄緑色・・自動償還

金沢市ひとり親家庭等医療費受給資格証		市町コード　１７２０１４
受給資格証番号		２３４５６７８０１
受給者	住　　所	金沢市広坂１丁目１番１号
	氏　　名	金沢　花子
	生年月日	昭和５０年　５月　１日
有　効　期　間		令和８年１０月１日から令和９年９月３０日まで
令和８年１０月１日交付　　石川県　金沢市長　　印		

※裏面には注意事項を記載します。

（５）窓口での徴収方法（現物給付方式）

【子ども医療費助成】

○通院の場合

・１医療機関あたり１日 500 円を徴収してください。（医科・歯科別）

・保険診療の一部負担金額が 500 円に満たない場合は、当該保険診療の一部負担金額を徴収してください。なお、この場合に、子ども医療費等の公費は発生しませんが、後日、金沢市から保護者へ医療費を償還する際のデータとして必要ですので、レセプトに公費負担者番号等の記載をお願いします。

・同じ医療機関に１日に複数回受診した場合でも、１日 500 円までの徴収となります。なお、即日入院の場合は通院分を徴収せず、入院としての処理になります。

○入院の場合

無料

○保険薬局における保険調剤は無料です。

（例１）同一医療機関における通院（子ども医療費助成対象未就学児）

通院1回目　総医療費　15,000円

窓口	公費	医療保険
500	2,500	12,000

通院2回目　総医療費　9,000円

窓口	公費	医療保険
500	1,300	7,200

通院3回目　総医療費　5,000円

窓口	公費	医療保険
500	500	4,000

通院4回目　総医療費　2,000円

窓口	医療保険
400	1,600

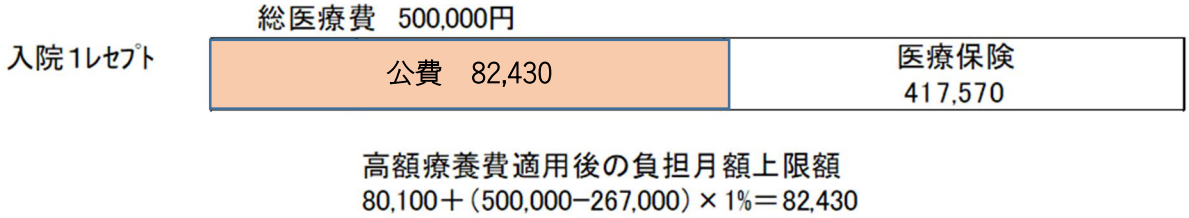
◆窓口での負担額は、500＋500＋500＋400＝1,900 円

◆１か月 1,000 円を超えた分は、後日、市から保護者の口座に振り込まれます。
1,900－1,000＝900 円（後日振込み）

◆公費分は、国保連や支払機構を通し、市から医療機関に支払われます。
2,500＋1,300＋500＝4,300 円

◆保険者負担分
12,000＋7,200＋4,000＋1,600＝24,800 円

（例２）入院の場合（高額療養費に該当する場合）社会保険加入



◆一律一般の所得区分で計算します。

【ひとり親家庭等医療費助成】

令和５年９月診療分まで

○通院の場合
　子ども医療費助成と同様
○入院の場合
　１レセプトあたり 1,000 円
○調剤
　子ども医療費助成と同様

令和５年 10 月診療分から

○通院の場合
　無料
○入院の場合
　無料
○調剤（保険薬局における保険調剤）の場合
　無料

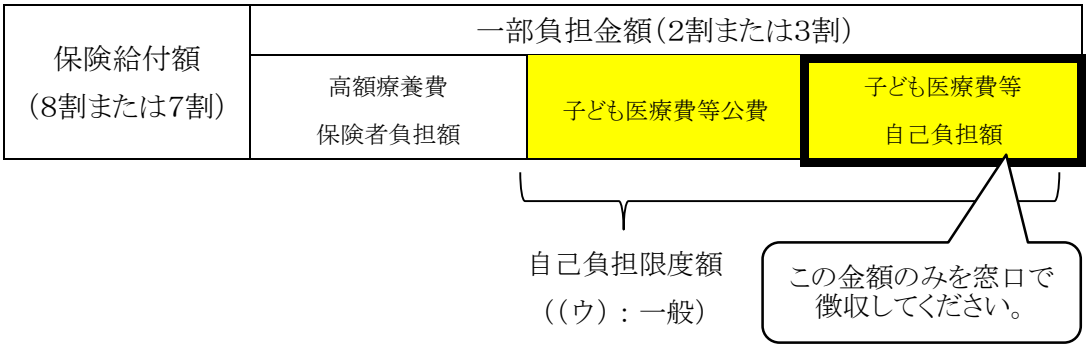
ひとり親家庭等医療費受給資格証（白）の提示があった場合は、窓口負担額は無料のため料金を徴収しないでください。その際、レセプトに公費負担者番号の記載と、公費の一部負担金欄に「０円」と記載をお願いします。

（６）高額療養費の取扱いについて（現物給付方式）

高額療養費に該当する場合は、被用者保険では一律「(ウ)：一般」の所得区分、国民健康保険では「(ア)：上位所得、(イ)：上位所得、(ウ)：一般、(エ)：一般、(オ)：低所得」の所得区分で算定することが定められていますが、子ども医療費等助成制度においては、医療機関の混乱を避けるため、すべて一律「(ウ)：一般」の所得区分で計算します。ただし、受診者が加入する一部の保険者では、限度額適用認定証の提示が必要ですので、ご留意ください。

① 被用者保険及び県内の国民健康保険の場合（限度額適用認定証を提示した場合を含む）

被用者保険及び県内の国民健康保険に加入する受診者の高額療養費は、一律「(ウ)：一般」の所得区分で算定します。
窓口での徴収額は子ども医療費等助成制度の自己負担額のみとなります。



②他県の国民健康保険の場合

（全国土木建築国民健康保険組合、全国建設工事業国民健康保険組合、全国左官タイル塗装業国民健康保険組合など）

国民健康保険のうち、金沢市国民健康保険と石川県医師国保組合（１７３０１３）を除く国保組合（いわゆる県外国保組合）に加入する受診者については、高額療養費が生じた場合に限度額適用認定証の提示がなければ現物給付ができません。このため、高額療養費の発生が予想される場合は予め限度額適用認定証の申請を行うよう保護者に案内し、子ども医療費等の受給者証の提示と併せて、必ず限度額適用認定証の提示を受けてください。
その上で、高額療養費は「(ウ)：一般」の所得区分で算定し、窓口での徴収額は子ども医療費等助成制度の自己負担額のみとなります。

◎国民健康保険に加入する受診者について限度額適用認定証が提示された場合は、証に記載されている適用区分を必ずレセプトの特記事項に記載してください。

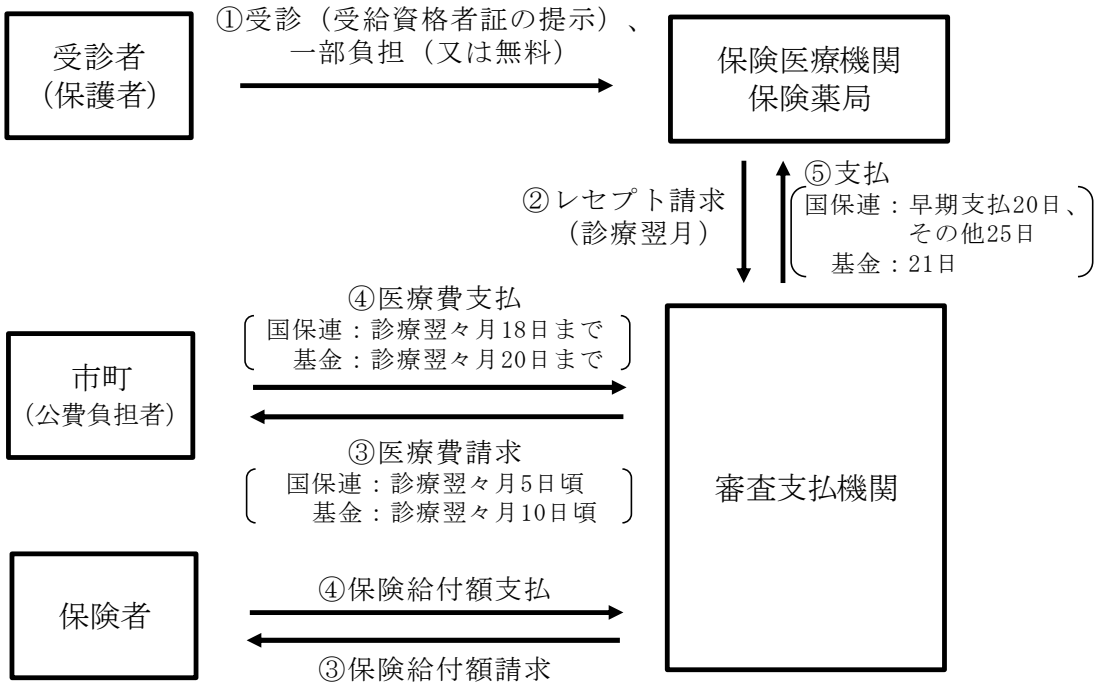
(７) 医療費の請求について（現物給付方式）

① 医療費の請求先

子ども医療費等公費については、審査支払機関（加入する保険が被用者保険の場合は医療情報基盤・診療報酬審査支払機構石川支部、国民健康保険の場合は石川県国民健康保険団体連合会）に請求してください。

②　請求の流れ

【現物給付】



① 受診者は、受給者証と健康保険証を医療機関に提示して受診します。
② 医療機関では、併用レセプトで医療費の保険給付額と子ども医療費等公費の請求とを併せて審査支払機関に行います。
③ 審査支払機関では、併用レセプトの内容を審査の上、子ども医療費等公費と保険給付額を市町と保険者に請求します。
④ 市と保険者は、審査支払機関からの請求を受けて子ども医療費等公費と保険給付額を支払います。
⑤ 審査支払機関は、市と保険者からの支払を受けて医療機関に子ども医療費等公費と保険給付額を支払います。

６．レセプトの記載要領（現物給付）

（１）レセプト作成にあたっての留意点

① 医療保険と子ども医療費等公費の併用レセプトで請求します。
② 子ども医療費等公費は、国の公費負担制度を優先することから、国の公費負担制度助成額を控除した残りの額を対象とします。また、国の公費負担制度

において窓口負担額のある場合においては、その窓口負担額を子ども医療費等公費の対象とし、子ども医療証等に記載の自己負担額のみを徴収します。

③ 子ども医療費等公費の自己負担額は１円単位で記載します。

④ 子ども医療費等公費の自己負担額が無料の場合は、公費の一部負担金欄に「０円」と記載します。

⑤ 保険診療の一部負担金額が子ども医療費等公費の自己負担額に満たない場合は、一部負担金額を公費の一部負担金欄に記載します。

⑥ 食事療養費の子ども医療費等公費の「請求」欄と「標準負担額」欄は「０円」と記載します。

⑦ １日のうち、同一の保険医療機関に複数回受診した場合でも、１日 500 円までの自己負担とします。（子ども医療費助成の場合）

⑧ 国民健康保険に加入する受診者について限度額適用認定証が提示された場合は、証に記載されている適用区分を必ず特記事項に記載します。

（２）レセプトの記載事例

「子ども医療費」の通院
令和５年９月受診分までの「ひとり親家庭等医療費（児童分）」の通院について

事例１　通院の自己負担額が１日 500 円の場合（医科・歯科：未就学児）

公費①	89174023
公費②	

保険者番号	001700○○

診療実日数	保	3　日
	①	日
	②	日

		請求点	決定点	一部負担金額円
療養の給付	保険	1,400		
	公①	点	点	円 1,500
	公②	点	点	円

※歯科のレセプト様式は左記とは異なりますが、考え方は同じです。

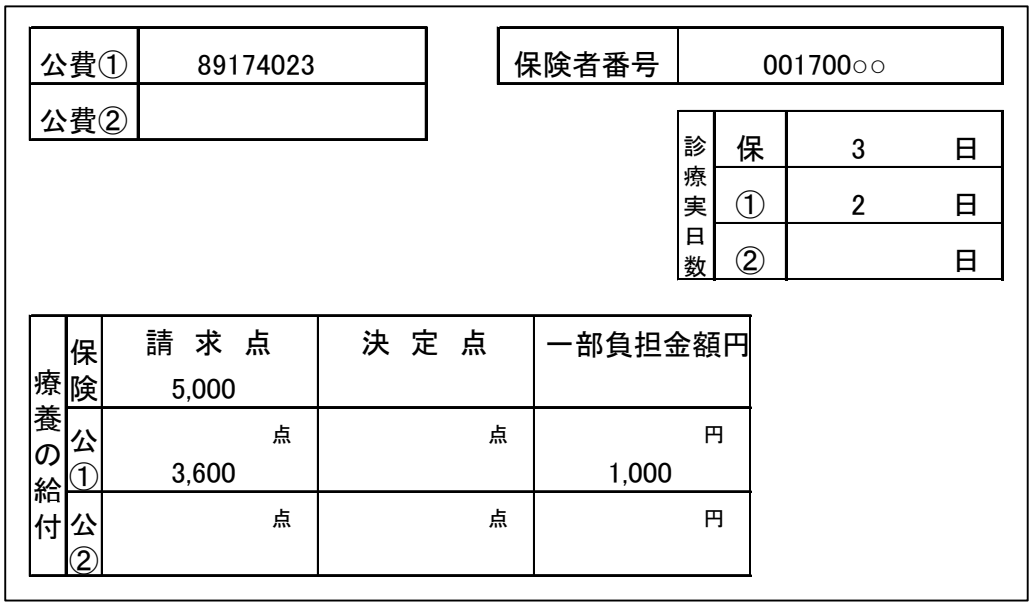
※未就学児で例示していますが、小学生以上でも医療保険の負担割合以外の考え方は同じです。

療養の給付の請求額

・医療保険　　1,400 点×10 円×８割＝11,200 円
・子ども医療費等自己負担額　　500 円×３日＝1,500 円
・子ども医療費等公費　　1,400 点×10 円×２割－1,500 円＝1,300 円

事例２　子ども医療費の対象とならない医療があった場合（医科・歯科）
（通院の自己負担額が１日 500 円の場合：未就学児）

この事例では、子ども医療費等公費の対象とならない医療（受給者証の提示なし等）が１日あります。その分の医療は子ども医療費等公費の対象となりません。



公費①	89174023
公費②	

保険者番号	001700○○

診療実日数	保	3	日
	①	2	日
	②		日

		請求点	決定点	一部負担金額円
療養の給付	保険	5,000		
	公①	点 3,600	点	円 1,000
	公②	点	点	円

療養の給付の請求額

・医療保険　　5,000 点×10 円×８割＝40,000 円
・子ども医療費等自己負担額　　500 円×２日＝1,000 円
・子ども医療費等公費　　3,600 点×10 円×２割－1,000 円＝6,200 円
・公費外自己負担額　　(5,000 点－3,600 点)×10 円×２割＝2,800 円

※受診者が窓口で支払う額は、子ども医療費等自己負担額と公費外自己負担額を合わせて 3,800 円になります。公費外自己負担額の 2,800 円については、受診者が領収証を持って市の窓口で償還手続きをすることにより還付されます。

事例３　小児慢性特定疾患医療費助成の対象となる医療を受けた場合（医科・歯科）（通院の自己負担額が１日 500 円の場合：未就学児）

① 他公費併用レセプトに対応している医療機関の場合

この事例では、他公費である小児慢性特定疾患医療費助成の対象となる医療が２日あり、対象とならない医療が１日あります。（３日とも子ども医療費等公費の対象とする。）

公費①	52178019
公費②	89174023

保険者番号	001700○○

診療実日数	保	3	日
	①	2	日
	②	3	日

		請　求　点	決　定　点	一部負担金額円
療養の給付	保険	5,000		
	公①	3,800 点	点	5,000 円
	公②	5,000 点	点	1,500 円

療養の給付の請求額

・医療保険　5,000 点×10 円×８割＝40,000 円

・小児慢性医療自己負担額　（5,000 円（受給者証に示された上限金額。窓口では払わない。））

・小児慢性医療公費　3,800 点×10 円×２割－5,000 円＝2,600 円

・子ども医療費等自己負担額　500 円×３日＝1,500 円

・子ども医療費等公費　(5,000-3,800)点×10 円×２割+5,000 円-1,500 円＝5,900 円

※　受診者が窓口で支払う額は、子ども医療費等自己負担額の 1,500 円になります。小児慢性医療自己負担額の 5,000 円については、子ども医療費等公費の適用になります。

※　小児慢性医療の自己負担上限額管理票には本来の小児慢性医療自己負担額の金額を記載してください。この例の場合は、5,000 円です。

② 他公費併用レセプトに対応していない医療機関の場合

この事例では、他公費である小児慢性特定疾患医療費助成の対象となる医療が２日あり、子ども医療費等公費の対象となる医療が１日あります。

公費①	52178019
公費②	89174023

保険者番号	001700○○

診療実日数	保	3	日
	①	2	日
	②	1	日

		請 求 点	決 定 点	一部負担金額円
療養の給付	保険	5,000		
	公①	点 3,800	点	円 5,000
	公②	点 1,200	点	円 500

療養の給付の請求額

・医療保険　5,000 点×10 円×８割＝40,000 円
・小児慢性医療自己負担額　5,000 円（受給者証に示された上限金額）
・小児慢性医療公費　3,800 点×10 円×２割－5,000 円＝2,600 円
・子ども医療費等自己負担額　500 円×１日＝500 円
・子ども医療費等公費　1,200 点×10 円×２割－500 円＝1,900 円

※ 受診者が窓口で支払う額は、小児慢性医療自己負担額と子ども医療費等自己負担額を合わせて 5,500 円になります。小児慢性医療自己負担額の 5,000 円については、受診者が領収証を持って市の窓口へ償還手続きをすることにより還付されます。

事例４　１日の自己負担額が 500 円未満の場合（医科・歯科）
（通院の自己負担額が１日 500 円の場合：未就学児）

公費①	89174023
公費②	

保険者番号	001700○○

診療実日数	保	1	日
	①		日
	②		日

		請　求　点	決　定　点	一部負担金額円
療養の給付	保険	193		
	公①	点	点	円 386
	公②	点	点	円

療養の給付の請求額
・医療保険　　193 点×10 円×８割＝1,544 円
・子ども医療費等自己負担額　　193 点×10 円×２割＝386 円　＜500 円
・子ども医療費等公費　　0 円

※　保険診療の一部負担金額が 500 円に満たない場合は、保険診療の一部負担金額と同額が子ども医療費の自己負担額になります。
※　一部負担金額は、１円単位で記載します。

◆　未就学児（医療保険の一部負担が２割）の場合
１日の請求点が 247 点以下のときに、子ども医療費等自己負担金が 500 円未満の金額になります。
◆　小学生以上（医療保険の一部負担が３割）の場合
１日の請求点が 164 点以下のときに、子ども医療費等自己負担金が 500 円未満の金額になります。

令和５年 10 月受診分からの「ひとり親家庭等医療費（児童分）」の通院について

事例５　通院の自己負担額が無料の場合（医科・歯科：ひとり親対象未就学児）

公費①	90174020
公費②	

保険者番号	001700○○

診療実日数	保	1	日
	①		日
	②		日

		請求点	決定点	一部負担金額円
療養の給付	保険	300		
	公①	点	点	円 0
	公②	点	点	円

療養の給付の請求額

・医療保険　　300 点×10 円×８割＝2,400 円

・ひとり親医療費等自己負担額　０円

・ひとり親医療費公費　　300 点×10 円×２割＝600 円

※この事例では、法別番号は「９０：ひとり親医療費（自己負担なし）」ですが、保険調剤における子ども医療費も無料のため上記を参照ください。

令和５年９月受診分までの入院について（ひとり親児童分）

事例６　ひとり親医療費のみを適用し、高額療養費に該当する場合（医科）
（入院の自己負担額が１レセプト 1,000 円の場合。他県扱いの国民健康保険加入の未就学児。）

この事例では、限度額適用認定証の提示（「適用区分（オ）：低所得」）を受けますが、「（ウ）：一般」の所得区分で高額療養費を算定します。

公費①	91174029
公費②	

保険者番号	○○○○○○○○

特記事項
30 区オ

診療実日数	保	10 日
	①	日
	②	日

療養の給付	保険	請求点	決定点	負担金額円	食事療養費	保険	請求円	決定円	標準負担額円
		50,000		82,430			19,200		6,300
	公①	点	点	円 1,000		公①	円 0	円	円 0
	公②	点	点	円		公②	円	円	円

療養の給付の請求額

・医療保険　　50,000 点×10 円×8 割＝400,000 円

・ひとり親医療費等自己負担額　　1,000 円

・ひとり親医療費公費　　50,000 点×10 円×2 割＝100,000 円

↓高額療養費「(ウ)：一般」区分適用

82,430 円－1,000 円＝81,430 円

・医療保険の高額療養費　　100,000 円－82,430 円＝17,570 円

食事療養費（ひとり親医療費等公費の対象ではありません）

・医療保険　　640 円×30 回－210 円×30 回＝12,900 円

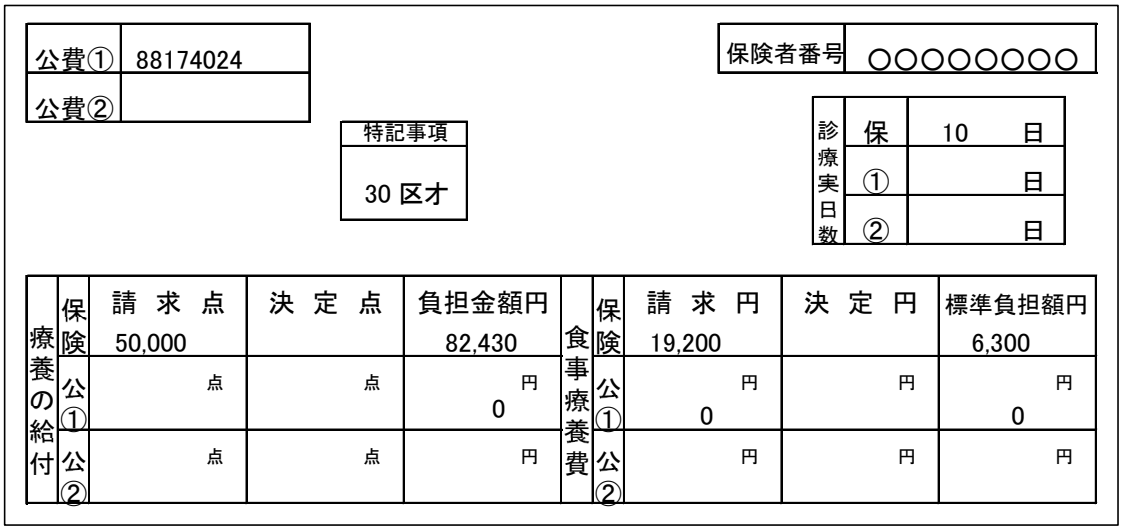
・患者窓口負担　　210 円×30 回＝6,300 円

※ 他県扱いの国民健康保険の場合は、特記事項欄に、限度額適用認定証に記載されている適用区分を必ず記載します。

この事例の場合、特記事項（「30 区オ：低所得」）と負担金額（区分（ウ）：一般）が一致しないため、国保連合会が医療機関に連絡した上で修正します。なお、負担金額が一般の所得区分ではなく、特記事項欄に応じた負担金額となっても問題ありません。（被用者保険の場合は、事例３のように一律「(ウ)：一般」の所得区分の適用となりますのでご注意願います。）

事例７　子ども医療費のみを適用し、高額療養費に該当する場合（医科）
（入院の自己負担額が無料の場合。他県扱いの国民健康保険加入の未就学児。）

この事例では、限度額適用認定証の提示（「適用区分（オ）：低所得」）を受けますが、「（ウ）：一般」の所得区分で高額療養費を算定します。



公費①	88174024
公費②	

保険者番号	○○○○○○○○

特記事項
30 区オ

診療実日数		
	保	10　日
	①	日
	②	日

療養の給付		請求点	決定点	負担金額円	食事療養費		請求円	決定円	標準負担額円
	保険	50,000		82,430		保険	19,200		6,300
	公①	点	点	円 0		公①	円 0	円	円 0
	公②	点	点	円		公②	円	円	円

療養の給付の請求額

- 医療保険　　50,000 点×10 円×8 割＝400,000 円
- 子ども医療費等自己負担額　　0 円
- 子ども医療費等公費　　50,000 点×10 円×2 割＝100,000 円
  ↓高額療養費「（ウ）：一般」区分適用
- 医療保険の高額療養費　　100,000 円－82,430 円＝17,570 円

食事療養費（子ども医療費等公費の対象ではありません）

- 医療保険　　640 円×30 回－210 円×30 回＝12,900 円
- 患者窓口負担　　210 円×30 回＝6,300 円

※　令和５年 10 月診療分からのひとり親家庭等医療費助成についても同様です。
※　他県扱いの国民健康保険の場合は、特記事項欄に、限度額適用認定証に記載されている適用区分を必ず記載します。

この事例の場合、特記事項（「30 区オ：低所得」）と負担金額（区分（ウ）：一般）が一致しないため、国保連合会が医療機関に連絡した上で修正します。なお、負担金額が一般の所得区分ではなく、特記事項欄に応じた負担金額となっても問題ありません。

（被用者保険の場合は、事例３のように一律「（ウ）：一般」の所得区分の適用となりますのでご注意願います。）

Ｑ＆Ａ編

現物給付方式

１　自己負担金について

Q1　保険診療の一部負担金額が子ども医療費の自己負担額(通院１日あたり 500 円)に満たない場合は、窓口で徴収する金額はどうなるのですか。

A1　保険診療の一部負担金額を徴収してください。例えば、保険診療の一部負担金額が 480 円の場合、480 円を窓口で徴収してください。

Q2　１日のうち同一の保険医療機関に２回受診した場合、子ども医療費の自己負担金はどのようになるのですか。

A2　子ども医療費の自己負担金は、入院外は１医療機関ごとに１日 500 円まで徴収しますので、１回目に既に 500 円徴収した場合は２回目以降は徴収しません。なお、１回目の自己負担額が 300 円の場合は、２回目に 200 円まで徴収します。

Q3　総合病院等で複数科受診した場合、子ども医療費の自己負担金はどのようになるのですか。

A3　総合病院等で複数科受診した場合は、一医療機関とみなし、子ども医療費の自己負担金は主たる診療科でのみ１回分を徴収します。ただし、歯科は別とします。

Q4　１日のうち複数の保険医療機関に受診した場合、子ども医療費の自己負担金はどのようになるのですか。

A4　保険医療機関毎に自己負担金を徴収します。ただし、保険調剤は無料となります。

Q5　通院で受診し、帰宅後、傷病の悪化により同一保険医療機関に入院した場合の子ども医療費の自己負担金はどのようになるのですか。

A5　子ども医療費の自己負担金は、通院は１医療機関につき１日ごとに徴収しますが、入院は無料ですので、この場合は、通院分の自己負担金のみ徴収してください。ただし、帰宅せず、同一医療機関において即日入院した場合は、通院分の自己負担金は徴収せず、入院として処理してください。

Q6　他の公費負担制度がある場合、子ども医療費の自己負担金はどのようになるのですか。

A6　子ども医療費等公費は、国の公費負担制度を優先することから、国の公費負担制度助成額を控除した残りの額を対象とし、国の公費負担制度において窓口負担額のある場合においては、その窓口負担額についても子ども医療費等公費の対象とし、子ども医療費受給資格者証に記載の自己負担額のみを徴収してください。

Q7　１か月の自己負担額は1,000円上限とされていますが、受診者が３日以上受診した場合の1,000円を超える部分の自己負担は、受診者にどのように還付されるのですか。

A7　受診者には市から1,000円を超える部分について、自動的に振り込まれます。ただし、現物給付とならなかったものについては、償還払いの手続きが必要です。

２　受給者証について

Q1　受給者証の確認は、月初めに行えば同一月内は省略してもよいですか。

A1　子ども医療費等助成制度等では、受給者証が発行されている市町に居住（住民登録）することが助成要件の一つであるため、他の公費負担制度と比較すると、常時、資格喪失の可能性があります。このため、過誤の発生を防止する観点から、必ず受診の都度、受給者証と住所変更の有無を確認してください。受診時に受給者証を確認できない場合は、償還払いで取り扱ってください。

Q2　受診者が受給者証を忘れて持参しなかった場合の自己負担金はどのように扱うのですか。

A2　受給者証の提示がない場合は、子ども医療費等公費を適用せず、保険診療の一部負担金額（２割又は３割）を徴収することとなります。なお、受診者は後日市の窓口で償還手続きを行うこととなります。

Q3　月途中でＡ市からＢ市へ住居を移した場合、受給者証はどのような取り扱いになるのですか。

A3　他市町へ住居を移した場合は、転出日又は転入日の前日をもって受給者証の効力が喪失されますので、Ｂ市の受給者証の提示がない場合は保険診療の一部負担金額の徴収をお願いします。

３　子ども医療費（ひとり親医療費（児童分））の請求について

Q1　子ども医療費の請求はどこに、どのように行うのですか。

A1　子ども医療費の請求は、加入している保険が国民健康保険の場合は、石川県国民健康保険団体連合会へ、被用者保険の場合は医療情報基盤・診療報酬審査支払機構石川支部へ、医療保険と公費（子ども医療費）の併用レセプトにより行っていただきます。

Q2　受給者資格がなかった場合などは、レセプトが返戻されるのですか。

A2　「受給者証を確認しなかった（受給資格がない）」や「受給者証の有効期間を経過していた」など、明らかに医療機関側の確認ミス等が原因による過誤については、レセプトを返戻する場合がありますのでご注意願います。

Q3　子どもの加入する保険者の所在地は、石川県外でも問題ありませんか。

A3　保険者の所在地は関係ありません。
ただし、国民健康保険のうち、県内市町国民健康保険と石川県医師国保組合（保険者番号：１７３０１３）以外の県外保険者で高額な療養に該当する場合、限度額適用認定証の提示がない場合は現物給付の対象となりません。入院等で医療費の高額療養費の算定が予想される場合は、予め限度額適用認定証の申請を行うよう保護者に案内してください。なお、高額な療養に該当しない場合は通常の取扱いができます。

Q4　明細書の提出は必要ですか。

A4　自動償還払い方式では、明細書を国保連に提出していただきましたが、現物給付の場合、明細書の提出は不要です。

自動償還払い方式

１．受給者証の確認について

Q1　自動償還払いの対象となるのは、どのような方ですか。

A1　ひとり親家庭等医療費助成対象の父または母です。児童は、現物給付方式になります。

Q2　自動償還払いの受給者証を提示した場合、医療機関の窓口での徴収額はどうなりますか。

A2　窓口では、保険診療の一部負担金額を徴収してください。

Q3　受給者証の提示がない場合は、自動償還払いの取扱対象外ということでいいですか。

A3　受給者証の提示がない場合は、原則償還払いとなります。
ただし、本人から自動償還払いの申し出があり、診療月内に受給者証を持参した場合は、自動償還払いの対象にしてください。

Q4　ひとり親家庭等医療費助成の資格を申請中で、受給者証の確認ができない場合は、自動償還払いの取扱対象外ということでいいですか。

A4　助成資格の申請中で、受給者証が交付されていない場合は、自動償還払いの取扱対象外となります。
　ただし、診療月内に受給者証が交付され、受給者証を持参して本人から自動償還払いの申し出があった場合は、自動償還払いの対象にしてください。

Q5　受給者証を窓口で提示しなかった場合は、自動償還払いの取扱対象外ということですが、同じ月に何回か受診する場合でも、その都度提示しなければならないのでしょうか。あるいは、月１回受給者証で受給資格が確認できれば、自動償還払いの対象としていいのでしょうか。

A5　受診の都度提示するのが原則です。
ただし、支払明細書は、１月単位で報告していただくため、同じ月内で受給者証が確認できれば、当該月の受診分は、自動償還払いの対象としてください。

Q6　１回目に受給者証を忘れて２回目から提示した場合、自動償還払いの対象になるのは、２回目の分からですか。この場合、１回目の分は、これまでどおり、本人が手続きをする償還払いの扱いになるのですか。

A6　同じ月内の受診で、受給資格が確認できた場合は、１回目の分から自動償還払いの対象としてください。

１回目と２回目以降の受診月が異なる場合は、受給資格が確認できた月の分から自動償還払いの対象になりますので、１回目の分は本人に償還払いの手続きをしていただくことになります。

Q7　受診時に受給者証の提示がなく、当該月の報告が終わった後に受給者証の提示があり受給資格が確認できた場合は、月遅れで報告することになるのですか。

A7　この場合は、自動償還の報告対象とはせず、本人に償還払いの手続きをするようお伝えください。

２．自己負担額支払明細書について

Q1　支払明細書を作成する方法は、決まっているのですか。

A1

支払明細書の作成方法については、次のような方法があります。

① 個人ごとの月間集計を、紙の帳票に直接記載する。
② 石川県国民健康保険団体連合会の作成した入力シート（Excel）を利用する。
③ 各医療機関が使用しているレセコンを、明細書が作成できるよう改修する。

これらの方法のどれがよいのかご検討いただき、各医療機関の実情に応じた最も適した方法を選択してください。

いずれの場合も、自己負担支払額欄は受給者が窓口で支払った合計額を記入してください。

Q2　紙の帳票に直接記載する場合、帳票の様式は配布されるのですか。

A2　金沢市医師会、金沢市歯科医師会、金沢市薬剤師会に所属している医療機関等については、ご希望があれば各団体を通じて配布します。それらに所属していない医療機関等でご希望される場合は、直接市にお申し出ください。

また、石川県国民健康保険団体連合会のホームページからダウンロードすることもできます。

Q3　石川県国民健康保険団体連合会の作成した入力シート（Excel）を使用する場合はどこで入手できるのですか。

A3　石川県国民健康保険団体連合会のホームページに掲載されていますので、そこからダウンロードし、お使いください。

Q4　支払明細書は、どこへ提出するのですか。また、毎月の提出期限はあるのですか。

A4　支払明細書は、加入健康保険に関係なく、すべて国保連合会に提出してください。また、提出期限は、診療報酬の請求と同時期になりますが、毎月１０日までにお願いします。

Q5　国保連合会へ報告する支払明細書は、紙でなければならないのですか。

A5　国保連合会へ報告する支払明細書は、紙でも電子媒体（フロッピーディスク、ＣＤ、ＭＯなど）でもけっこうです。各医療機関のご都合のよい方法で行ってください。

Q6　国保連合会へ電子媒体で報告する場合、紙の支払明細書に送付日、所在地、名称、開設者、電話番号を記載し、押印したものを別途提出しなければならないのですか。

A6　電子媒体で報告する場合は、紙の支払明細書を別途提出する必要はありません。

Q7　国保連合会へ紙で報告する場合、支払明細書に必ず押印しなければならないのですか。

A7　支払明細書には、押印する必要はありません。

Q8　国保連合会へ報告した内容を、医療機関で保管しておく必要があるのですか。

A8　市や国保連合会から、報告内容について問い合わせをさせていただくこともありますので、必ず保管しておいてください。

Q9　支払明細書は、患者１人につき月１行になるのですか。

A9　患者１人につき、入院・外来別、診療年月ごとに１行としてください。
自己負担支払額欄は受給者が窓口で支払った合計額を記入してください。

Q10　支払明細書の報告を忘れたとき、あるいは記載漏れがあったときはどうすればいいのですか。

A10 本人と、月遅れで自動償還払いにするか償還払いにするかご相談できる場合はご相談いただき、どちらかの方法を選んでください。
　ご相談が難しい場合や本人から直接市へ問い合わせがあった場合は、市で調整し、自動償還払いを希望したときは、受診先に連絡します。しかし、報告し忘れ等に気づいた段階でなるべく早く市へご相談ください。

Q11　支払明細書の報告を忘れたとき、あるいは記載漏れがあったものについて報告する場合、期限はあるのですか。

A11　原則として診療月の翌月から起算して２年以内に報告するようお願いします。しかし、報告し忘れ等に気づいた段階でなるべく早く市へご相談ください。

Q12　公費負担医療制度の受給者も支払明細書の報告が必要ですか。

A12　小児慢性特定疾患、養育医療、自立支援医療（育成医療、更生医療、精神通院）など、公費負担医療制度の自己負担額については、自動償還払いの対象外となりますので、支払明細書の報告は必要ありません。
　公費負担医療制度の自己負担額については、これまでどおり償還払いとなりますので、本人には償還払いの手続きをするようお伝えください。

Q13　生活保護の受給者も支払明細書の報告が必要ですか。

A13　生活保護の受給者は、ひとり親家庭等医療費助成制度の対象外のため、支払明細書の報告は必要ありません。

Q14　自己負担支払額欄には、窓口で実際に徴収した金額を記載するとのことですが、保険診療外（自費分）も含め記載すればいいのですか。

A14　医療費助成の対象になるのは、保険診療にかかる自己負担額ですので、保険診療外（自費分）のものについては、含めないでください。

Q15　診療月に自己負担額を徴収し、翌月、支払明細書提出した後に過誤がわかり、返金したり追加徴収した場合には、報告はどのようにすればいいのですか。

A15　わかった時点で、直接市へ連絡してください。支払明細書の修正・再提出は必要ありません。

助成金の金額に変更が生じた場合は、市の方で処理を行います。

Q16　窓口での会計処理後、支払明細書を提出するまでの間に点数等に変動があった場合は、どのように報告すればいいのですか。

A16　本人が実際に支払った額に合致するよう報告してください。

Q17　支払明細書の市町コード欄は、どう記載すればいいのですか。

A17　市町コード欄には、「１７２０１４」と記載してください。

３．自己負担分に未納がある場合の取扱いについて

Q1　同じ月で外来分は全額支払われ、入院分は未納となっている場合は、どのように報告すればいいのですか。

A1　支払明細書では、入院・外来の区分をするようになっていますので、外来分については報告に含め、入院分については報告に含めないでください。

Q2　報告時点ではたまたま未納となっているが、近日中に確実に徴収できる見通しであるものについては、報告に含めてもいいのでしょうか。

A2　支払明細書には、実際に支払った自己負担支払額を記載していただくことになっています。確実に徴収できるかのどうかの判断も難しいので、報告時点で未納のある場合は、報告に含めないでください。

Q3　全額が未納となっていた自己負担額の支払いがあり、完納した場合は、支払われた時点で報告するのですか。

A3　同一月内に全額支払われた場合は、支払われた時点で報告してください。また、複数月にわたって支払があった場合は、償還払い扱いとし、報告に含めないでください。この場合は、自分で償還払いの手続きをしなければならないことをお伝えください。

Q4　一部が未納となっていた自己負担額の支払いがあり、完納した場合は、支払われた時点で報告するのですか。

A4　同一月内に全額支払われた場合は、支払われた時点で報告してください。
　また、複数月にわたって支払があった場合は、償還払い扱いとし、報告に含めないでください。この場合は、自分で償還払いの手続きをしなければならないことをお伝えください。

Q5　自己負担額の支払いが、全額ではなく一部だけあった場合は、支払われた分についてのみ報告するのですか。

A5　同一月内の中で一部未納がある場合は、償還払い扱いとし、報告に含めないでください。この場合は、自分で償還払いの手続きをしなければならないことをお伝えください。

Q6　入院医療費など、患者に翌月請求するものについては、支払明細書の報告期限の１０日には、ほとんどの患者が未納となっている。この場合、入金が確認できた時点で、月遅れで報告すればいいのですか。

A6　入金が確認できたものについてのみ、月遅れで報告してください。

Q7　診療月内に支払いをしていなくても、当該診療月分を報告するまでの間に支払いがあった場合は、報告すればいいのですか。

A7　月を越えていても報告するまでの間に入金が確認できれば、報告してください。

４．領収書の取扱いについて

Q1　自動償還払いの対象となる場合でも、領収書はこれまでどおり発行すればいいのですか。

A1　領収書については、これまでどおり発行してください。

Q2　自動償還払いの対象となる場合、領収書にその旨押印あるいは記載しなければならないのですか。

A2　何らかの記載があると、本人もわかりやすく、後々のトラブル発生を防止することができると思いますが、医療機関の事務負担を増やさないため、記載を義務付けるものではありません。

Q3　自動償還払いの対象となる場合に、領収書をこれまでどおり発行すると、その領収書で償還払いの手続きをして、助成が重複するということはないのですか。

A3　国保連合会で作成した自動償還払いのデータと市の償還払いのデータを照合し、助成が重複することがないようにします。

この場合、市から医療機関へ、確認のためお問い合わせをさせていただくことがありますので、ご協力をお願いします。

５．手数料の取扱いについて

Q1　手数料は、どのように算定されるのですか。

A1　手数料は、支払明細書１行につき１件として算定します。

Q2　手数料は、１件につきいくらですか。

A2　手数料は、１件につき１００円です。(年間 500 件を超える場合は、件数により逓減します。)

なお、件数とは申請件数のことであり、国保連からのデータが市に送付された時点で申請があったものとしてカウントするため、毎年度、２月から翌年１月診療分までが算定の対象になります。

Q3　同じ月に複数回受診した場合、本人が一部の領収書で償還払いの手続きをし、医療機関が一部について支払明細書で報告をしたときの手数料は、どうなるのですか。

A3　手数料は、通常どおり支払われることになります。

Q4　支払明細書で報告をしたものの、何らか事情で助成金の支払いに至らなかったときの手数料は、どうなるのですか。

A4　手数料は、通常どおり支払われることになります。

Q5　手数料は、いつ支払われるのですか。

A5　一年度分を一括して、年度終了後の４月末にお支払いする予定です。

６．調剤薬局における取扱いについて

Q1　薬局において後発医薬品を処方し、医療機関で出す処方箋の保険点数と差異を生じた場合、支払明細書にはどちらの点数を記載すればいいのですか。

A1　薬局で実際に処方した薬剤の点数と自己負担支払額を記載してください。

Q2　調剤薬局の場合、支払明細書の日数欄は、どのように記載すればいいのですか。

A2　調剤薬局の場合、支払明細書の日数欄を記入する必要はありません。

７．その他

Q1　助成対象者の口座に助成金が振り込まれる時期は、いつごろになるのですか。

A1　診療月の翌月１０日に支払明細書を国保連合会に提出していただくと、その翌月に国保連合会から市へデータが送付されます。その後、市でデータ処理をするので、実際に振り込まれるのは、診療月の３ヶ月後（例えば、１０月診療分については１月末）になります。

Q2　高額療養費等に該当する場合の手続きはどのようになるのですか。

A2　自動償還払いの取扱いをする場合は、市でデータを確認し、高額療養費等に該当している場合は、高額療養費等を差し引いて助成します。

　償還払いの場合は、市へ支給申請をする前に、本人が保険者に高額療養費等を請求し、高額療養費等支給決定通知書を添えて市へ支給申請することになります。

令和　　年　　月分　ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細書

診療年月をご記入ください。

石川県国民健康保険団体連合会　様

市町コード					
1	7	2	0	1	4

市町コード（金沢市172014）

医療機関所在地・名称・開設者・電話番号をご記入ください。

表　別						医療機関コード						
医	1	歯	3	調	4							

該当番号を〇で囲んでください。

医療機関コードをご記入ください。

下記のとおり

送付日をご記入ください。

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地

名称

開設者　　㊞

電話

入院の場合のみ、入院日数をご記入ください。（通院の場合は、空白）

	資格証番号	保険者番号	氏名	生年月日 年 月 日	入院・外来の別	割合	日数	保険点数	自己負担支払額	診療年月 年 月	備考
1						3				5	
2						3				5	
3						3				5	
4						3				5	
5										5	
6											
7											
8											
9						3				5	
10						3				5	
11						3				5	
12						3				5	

資格証番号をご記入ください。

保険者番号を左詰めでご記入ください。

対象者の氏名をご記入ください。

生年月日をご記入ください。昭和45年5月1日生まれの場合は「3450501」

入院は「1」、外来は「2」を記入してください。

レセプトに記載する保険点数（1ヶ月分の領収書に記載した点数）を記入してください。

対象者が実際に窓口で支払った金額を記入してください。（1，000円未満でも記入する。）

診療年月ご記入ください。令和2年10月診療分は「0210」

ページ数をご記入ください。

（頁/総枚数）

①この明細書は石川県国民健康保険団体連合会に提出する。
②表別欄　医科は１、歯科は３、調剤は４の該当番号を〇で囲む。
③保険者番号欄は、左詰めで記入する。
④生年月日欄は、元号を次の区分で表記して始める。（明治：１，大正：２，昭和：３，平成：４，令和：５）
⑤入院・外来の別は、入院は１、外来は２を記入する。
⑥割合欄は、受給者自己負担割合を表す。
⑦日数欄は、入院日数を記入する。
⑧保険点数欄は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
⑨自己負担支払額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。
⑩明細書が２枚以上にわたる場合は、頁/総枚数を記入する。