

函館市の医療費助成制度の改正について

函館市では令和5年4月診療分から、『子ども医療費助成制度』および『ひとり親家庭等医療費助成制度』において、保護者の所得による受給資格の制限を撤廃し、『子ども医療費助成』の対象年齢を「中学校3年生まで」から「高校3年生まで」に拡大します。

1. 函館市子ども医療費助成制度

(1) 助成の対象者

- ・ 函館市に住所を有する 高校3年生までの子ども
(満18歳に達する日以後最初の3月31日までの子ども)
- ・ 保護者の所得による受給資格の制限なし

(2) 助成の対象範囲

入院、通院、調剤、指定訪問看護、治療用装具等の費用
(保険外診療、予防接種、健康診査、食事療養標準負担額等は助成の対象外)

(3) 自己負担額

受給者証をお持ちの全ての子どもの 医療費自己負担なし

(4) 公費負担者番号の表示の変更について

- ① 令和5年3月以前に発行された子ども医療費受給者証には、3種類の公費負担者番号が受給者証の表面上部に表示されており、受給者の年齢や世帯の課税状況に応じた公費負担者番号でご請求いただいております。

	乳初		乳課	
	入院	通院	入院	通院
0才	90 91	90 91	/	/
3才	90 91	90 91		
未就学	90 91	90 91	90 91	90 91
6才	90 91	92	90 91	92
小学生	90 91	92	90 91	92
12才	92	92	92	92
中学生	92	92	92	92
15才				

受給者の表面上部の表示

公費	9001 0026
負担者	9101 0025
番号	9201 0024

② 令和5年4月以降に発行される子ども医療費受給者証には、受給者の年齢、世帯の所得状況に応じて、公費負担者番号が下記のように表示されますので、それぞれの区分に応じた公費負担者番号を使用してください。

の対象者の表示

公費	9001 0026
負担者	9101 0025
番号	

の対象者の表示

公費	9001 0026
負担者	9101 0025
番号	9201 0024

の対象者の表示

公費	
負担者	9201 0024
番号	

		北海道の基準所得範囲内				所得基準超過	
		乳初		乳課		乳初・乳課	
		入院	通院	入院	通院	入院	通院
0才		90 91	90 91	/		92	92
3才		90 91	90 91			92	92
未就学		90 91	92	90 91	92	92	92
6才		90 91	92	90 91	92	92	92
小学生		92	92	92	92	92	92
12才		92	92	92	92	92	92
中学生		92	92	92	92	92	92
15才		92	92	92	92	92	92
高校生		92	92	92	92	92	92
18才							

- 『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負担
- 『9201 0024』 函館市独自の医療費助成

※レセプトの記載方法については、別添のレセプト作成マニュアルをご参照ください。

令和5年4月から令和5年8月の受給者証更新までの期間は、前述の①と②の2パターンの受給者証が混在することとなりますが、①の受給者証をお持ちの方の請求については従来通りの方法でお願い致します。

ご迷惑をおかけしますが、宜しくお願い致します。

(5) 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歳になる場合、受給者証の上段に

『〇月末まで乳初，以降は乳課』と印字されています。

『乳課』と表示されていますが，その月の月末までは，『乳初』として対応してください。

その翌月の1日から『乳課』となります。

乳課		6月末まで乳初，以降は乳課	
		子ども医療費受給者証	
公費負担者番号	9001 0026 9101 0025	受給者番号	34567890

2. 函館市ひとり親家庭等医療費助成制度

(1) 助成の対象者

- ・ 函館市に住所を有するひとり親家庭や両親のいない家庭の20歳未満の子どもとひとり親家庭の母または父
- ・ 母または父が重度の障がいである児童とその父または母
- ・ 保護者の所得による受給資格の制限なし

(2) 助成の対象範囲

入院，通院，調剤，指定訪問看護，治療用装具等の費用

（保険外診療，予防接種，健康診査，食事療養標準負担額等は助成の対象外）

母または父は入院および指定訪問看護のみ

(3) 自己負担額

受給者証をお持ちの全ての児童とその母または父の医療費自己負担なし

(4) 公費負担者番号の表示の変更について

- ① 令和5年3月以前に発行されたひとり親家庭等医療費受給者証には，2種類の公費負担者番号が受給者証の表面上部に表示されており，この公費負担者番号でご請求いただいております。

	親初		親課	
	入院	通院	入院	通院
0才	93	93	/	/
	94	94		
3才	93	93	93	93
	94	94	94	94
19才	93	/	93	/
	94		94	

受給者の表面上部の表示

公費負担者番号	9301 0023
	9401 0022

- ② 令和5年4月以降に発行されるひとり親家庭等医療費受給者証には、世帯の所得状況に応じて公費負担者番号が下記のように表示されますので、それぞれの区分に応じた公費負担者番号を使用してください。

	の対象者の表示		の対象者の表示
公費	9301 0023	公費	
負担者	9401 0022	負担者	9501 0024
番号		番号	

北海道の基準所得範囲内				所得基準超過	
親初		親課		親初・親課	
入院	通院	入院	通院	入院	通院
0才	93 94	/	/	95	95
3才	93 94	93 94	93 94	95	95
19才	93 94	93 94	/	95	/

- 『9301 0023』 北海道医療給付事業の基準どおりの医療費助成
『9401 0022』 上記の患者負担分を函館市が負担
『9501 0024』 函館市独自の医療費助成

※レセプトの記載方法については、別添のレセプト作成マニュアルをご参照ください。

(5) 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歳になる場合、受給者証の上段に『〇月末まで親初、以降は親課』と印字されています。

（親課）と表示されていますが、その月の月末までは、（親初）として対応してください。その翌月の1日から（親課）となります。

6月末まで親初、以降は親課			
ひとり親家庭等医療費受給者証			
公費負担者番号	9301 0023 9401 0022	受給者番号	56789012

ご不明な点がございましたら、下記までお問合せください。

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・3182

E-mail iryo-kosodate@city.hakodate.hokkaido.jp

