

一 医療費受給者証様式集 一

乳幼児等医療費受給者証

1. 未就学児童及び小学生

【乳課】

乳課 乳幼児等医療費受給者証			
公 費	90011925	受給者	XXXXXXX
負 担 者	91011924		XXXXXXX
番 号	92011923	番 号	XXXXXXX
受 住 所	口高町字○○1-1		
給 氏 名	○○ ○○	男	
生年月日	平成 22 年 1 月 1 日		
有 効 期 間	平成 26 年 8 月 1 日 から 平成 27 年 7 月 31 日 まで		
自 己 負 担	なし (口高町で助成します)		
発行機関名	北海道沙流郡		
反 ピ 印	口 高 町		
交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日		

注意事項

1. この証は、本証記載の対象となる被扶養者にのみ交付します。他の者には交付されません。
2. 本証記載の対象者にて扶養を受けける場合は、被扶養者の負担者が証(又は親権者)に捺印してこの証を必ず裏面に提出してください。
3. 被扶養者の負担が悪くなつたときは、必ずかここの証を口高町役場に返却してください。
4. また、居住地が変更があったときは、14 日以内にこの証を改めて口高町役場に提出してください。
5. 加入している保育園・幼稚園等の所が変更があったときは、14 日以内に口高町役場の所を届け付けてください。
6. この証を貰つたり、持したり又は失したときは、所持料を支払ってください。
7. 本証を複数枚持出したときは、この証を使用することはできませんので、必ずかこ口高町役場に返却してください。
8. 不正にこの証を使用した時は、所持により処分を受けます。

本証記載内容の請求へ

本証記載内容の請求について

(1)未就学児及び小学生の入院・指定訪問者
 本証記載と見開きに記載の医療機関と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。
 なお、医療機関の請求額は「医療費」に、一部負担金は口高町で請求しますが、一部負担金を公費「①」の負担額請求へ提出してください。
 例) で医療費以外の月については、医療費と公費「90」の併用で請求し、「医療費」に請求額の三分之二を提出してください。

(2)小学生の入院・指定訪問者以外
 医療費と公費「②」の併用で請求し、「医療費」に請求額のみ記載してください。

※一部負担金

本証記載に記載のある場合

① 医科・歯科・薬局・歯科医院の場合 1回に相当する額
 ② その他の町内会が認める額
 例) で医科又は歯科のうち「初診料一部負担金のみ」の表示がある場合
 ① 医科の場合 580円
 ② 歯科の場合 510円
 ③ その他医師長が定めた額

【乳初】

乳初 乳幼児等医療費受給者証			
公 費	90011925	受給者	XXXXXXX
負 担 者	91011924		XXXXXXX
番 号	92011923	番 号	XXXXXXX
受 住 所	口高町字○○1-1		
給 氏 名	○○ ○○	男	
生年月日	平成 26 年 1 月 1 日		
有 効 期 間	平成 26 年 8 月 1 日 から 平成 27 年 7 月 31 日 まで		
自 己 負 担	なし (口高町で助成します)		
発行機関名	北海道沙流郡		
反 ピ 印	口 高 町		
交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日		

注意事項

1. この証は、本証記載の対象となる被扶養者にのみ交付します。他の者には交付されません。
 2. 本証記載の対象者にて扶養を受けける場合は、被扶養者の負担者が証(又は親権者)に捺印してこの証を必ず裏面に提出してください。
 3. 被扶養者の負担が悪くなつたときは、必ずかここの証を口高町役場に返却してください。
 4. また、居住地が変更があったときは、14 日以内にこの証を改めて口高町役場に提出してください。
 5. 加入している保育園・幼稚園等の所が変更があったときは、14 日以内に口高町役場の所を届け付けてください。
 6. この証を貰つたり、持ったり又は失したときは、所持料を支払ってください。
 7. 本証を複数枚持出したときは、この証を使用することはできませんので、必ずかこ口高町役場に返却してください。
 8. 不正にこの証を使用した時は、所持により処分を受けます。

本証記載内容の請求へ

本証記載内容の請求について

(1)未就学児及び小学生の入院・指定訪問者
 本証記載と見開きに記載の医療機関と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。
 なお、医療機関の請求額は「医療費」に、一部負担金は口高町で請求しますが、一部負担金を公費「①」の負担額請求へ提出してください。
 例) で医療費以外の月については、医療費と公費「90」の併用で請求し、「医療費」に請求額の三分之二を提出してください。

(2)小学生の入院・指定訪問者以外
 医療費と公費「②」の併用で請求し、「医療費」に請求額のみ記載してください。

※一部負担金

本証記載に記載のある場合

① 医科・歯科・薬局・歯科医院の場合 1回に相当する額
 ② その他の町内会が認める額
 例) で医科又は歯科のうち「初診料一部負担金のみ」の表示がある場合
 ① 医科の場合 580円
 ② 歯科の場合 510円
 ③ その他医師長が定めた額

・公費負担者番号に3種類（「90011925」「91011924」「92011923」）の記載があ

(1)

※前頁の「乳初」の内、年度内に3歳に到達し「乳課」となる課税世帯の受給者

乳課 乳幼児等医療費受給者証			
公費番号	90011925	受給者番号	XXXXXXX
負担者番号	91011924	名号	XXXXXXX
番号	92011923		XXXXXXX
受住所	日高町字〇〇1-1		
被氏名	○○ ○○	男	
者生年月日	平成24年10月10日		
有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで 【平成10月末までは初診時一部負担金のみ】		
自己負担	なし（日高町で助成します）		
発行機関名及び印	北海道沙流郡 日高町		
交付年月日	平成26年8月1日		

注意事項

- この届は、北高町内に保険料免除登録を受けた場合、窓口で支払うべき自己負担金相当額を日高町長が支払うもので、大切に保管してください。
- 保険料免除登録において治療を受ける場合は、医療保険の被保険者（又は扶養員）に教えてこの証を必ず持参してください。
- 受給者の義務が無くなったときは、速やかにこの証を日高町長に返却してください。
- 此名、戸籍上に変更があったときは、14日以内にこの証を改めて交付してもらう旨を窓口に伝えください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町長にその旨を届け出してください。
- この証を紛失したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- お子様を連れて旅行されたときは、この証を必ず持参してください。
- お子様を連れて旅行されたときは、この証を必ず持参してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑罰により処分を受けます。

当該医療機関等の請求へ

(1) 免除登録及び小学生の入院・指定訪問看護

- 原則の被保険者と別途にない場合は、医療保険と公費「90J」、公費「91」の併用で請求してください。
- 医療保険の請求点数は「保険額」に、一回負担金は日高町で助成しますが、一部負担金を公費「9J」の被保険者へ転送してください。
- 最初で初診料以外については、医療保険と公費「90」の被保険者で請求し、「保険額」に請求点数のみ請求してください。

(2) 小学生の入院・指定訪問看護

- 医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険額」に請求点数のみ請求してください。

*一部負担金

- 被保険者と乳幼児の被保険者がある場合
 - ① 医科・歯科・薬局・施設登録の場合 1割に相当する額
 - ② その他日高町長が定める額
- 被保険者と乳幼児又は乳母のうち「初診料・一部負担金のみ」の表示がある場合
 - ① 医科登録の場合 580円
 - ② 薬局登録の場合 610円
 - ③ その他の日高町長が定める額

・『乳課』で『～月末までは初診時一部負担金のみ』と記載されます。

上記受給者証での取り扱いとしては、10月末までは初診時一部負担金を、11月からは1割一部負担金を日高町に請求することとなります。

2. 中学生

乳 乳幼児等医療費受給者証			
公費負担者番号	92011923	受給者番号	XXXXXXX
受住所	日高町字〇〇1-1		
被氏名	○○ ○○	男	
者生年月日	平成13年1月1日		
有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで 【入院・指定訪問看護のみ対象】		
自己負担	なし（日高町で助成します）		
発行機関名及び印	北海道沙流郡 日高町		
交付年月日	平成26年8月1日		

注意事項

- この届は、北海道内の保険料免除登録において受診した場合、窓口で支払うべき自己負担金相当額を日高町長が支払うもので、大切に保管してください。
- 保険料免除登録において治療を受ける場合は、医療保険の被保険者（又は扶養員）に教えてこの証を必ず持参してください。
- 受給者の義務が無くなったときは、速やかにこの証を日高町長に返却してください。
- 此名、戸籍上に変更があったときは、14日以内にこの証を改めて交付して日高町長にその旨を届け出してください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町長にその旨を届け出してください。
- この証を紛失したり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに日高町長に返却してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑罰により処分を受けます。

当該医療機関等の請求へ

診療報酬請求書の請求について

(1) 医療保険と公費「92」の併用で請求してください。

(2) 医療保険の請求点数は「保険額」に応じ、公費の一部負担金額への記載はしないでください。

・『入院・指定訪問看護のみ対象』と記載しています。

・公費負担者番号は1種類「92011923」の記載となります。

・課税、非課税の判定結果による記載内容の違いはありません。

ひとり親家庭等医療費受給者証

1. 子ども 中学生以下

【親課】

親課			
ひとり親家庭等医療費受給者証			
記号	1926	番号	XXXXXXX
受 住 所 地	日高町字〇〇1-1		
給 氏 名 者	〇〇〇〇	男	
生年月日	平成13年1月1日		
有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで		
自己負担	なし(日高町で助成します)		
発行機関名 及び印	北海道沙流郡 日高町		
交付年月日	平成26年8月1日		

【医療費受給者の苦情へ】
日高町では中学生までの受給者が医療・入院した場合のみ親課等一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者は必ずせず日高町へ請求してください。

注意事項

1. この証で医療費の請求料において診療を受ける際は、料金の支拂いに応じ、次の「負担金化」を支払ってください。
 - (1) 表記上に **親課** の表示がある場合 1割に相当する額
 - (2) その他日高町が定める額
- (2) 表記上に **親初** 又は、**親課** のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合
 - (1) 医科受診の場合 560円
 - (2) 牙科受診の場合 510円
 - (3) 入院費受取の場合 270円
 - (4) その他の料金が定める額
2. 保険料の請求料において診療を受ける場合は、医療費証(又は親高見込)に記載してこの証を必ず書くに提出してください。
3. 受給者の負担がなくなくなったときは、速やかにこの証を日高町へ返してください。
4. 戻り、居住地に変更があったときには、14日以内にこの証を提出して日高町にその旨を届け出してください。
5. 購入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町役場にその旨を届け出してください。
6. この証を複数枚、持したり失ったときは、再交付を受け付けてください。
7. 有効期間を超過したときは、この証を使用することはできませんから、迷やかな日高町役場に連絡してください。
8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

【親初】

親初			
ひとり親家庭等医療費受給者証			
記号	1925	番号	XXXXXXX
受 住 所 地	日高町字〇〇1-1		
給 氏 名 者	〇〇〇〇	男	
生年月日	平成13年1月1日		
有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで		
自己負担	なし(日高町で助成します)		
発行機関名 及び印	北海道沙流郡 日高町		
交付年月日	平成26年8月1日		

【医療費受給者の苦情へ】
日高町では中学生までの受給者が医療・入院した場合のみ親課等一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者は必ずせず日高町へ請求してください。

注意事項

1. この証で医療費の請求料において診療を受ける際は、料金の支拂いに応じ、次の「負担金化」を支払ってください。
 - (1) 表記上に **親初** の表示がある場合 1割に相当する額
 - (2) その他日高町が定める額
- (2) 表記上に **親課** 又は、**親初** のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合
 - (1) 医科受診の場合 560円
 - (2) 牙科受診の場合 510円
 - (3) 入院費受取の場合 270円
 - (4) その他の料金が定める額
2. 保険料の請求料において診療を受ける場合は、医療費証(又は親高見込)に記載してこの証を必ず書くに提出してください。
3. 受給者の負担がなくなくなったときは、速やかにこの証を日高町へ返してください。
4. 戻り、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を提出して日高町にその旨を届け出してください。
5. 購入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町役場にその旨を届け出してください。
6. この証を複数枚、持ったり失ったときは、再交付を受け付けてください。
7. 有効期間を超過したときは、この証を使用することはできませんから、迷やかな日高町役場に連絡してください。
8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

・自己負担『なし(日高町で助成します)』の記載となります。

(2)

※前項の内、年度内に15歳に到達する受給者（中学校を卒業する受給者）

【親課】

親課		ひとり親家庭等医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受給者	住所地	日高町字○○1-1	
	氏名	○○○○	男
者	生年月日	平成11年9月10日	
	有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで	
	自己負担	1割一部負担金 (平成27年3月末までは日高町で助成します)	
	発行機関名	北海道沙流郡	
	及び印	日高町	
	交付年月日	平成26年8月1日	

【受給医療費受給者の管轄へ】
日高町では中学生までの受給者が通院・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で他の医療機関等において診療を受ける際は、表頭の表示に応じて次の「一部負担金」を支払ってください。
 - 表面などに**親課**の表示がある場合は
 - 料金、検査、薬剤、処置費用の総合 1割に相当する額
 - その他の料金を支払う場合
 - 表面などに**親初**又は**親二**のうち「初診時一部負担金」の表示がある場合は
 - 料金受取の場合は 580円
 - 通院受取の場合 610円
 - 歯科特例受取の場合 270円
 - その他の料金を支払う場合
- 突然医療機関等において診療を受ける場合は、該当機関証(又は料金証)に記載してあるこの証を必ず窓口に提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返してください。
- 氏名、所在地に変更があったときは、1ヶ月以内にこの証を改めて片持用にそのまま届け出してください。
- 加入している他の保険又はその料金に変更があったときは、1ヶ月以内に日高町長にその件を届け出してください。
- この証を紛失したり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 行政機関を経由したときは、この証を渡すことはできませんから、速やかに日高町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、罰金により処分を受けます。

【親初】

親初		ひとり親家庭等医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受給者	住所地	日高町字○○1-1	
	氏名	○○○○	男
者	生年月日	平成11年9月10日	
	有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで	
	自己負担	初診時一部負担金 (平成27年3月末までは日高町で助成します)	
	発行機関名	北海道沙流郡	
	及び印	日高町	
	交付年月日	平成26年8月1日	

【受給医療費受給者の管轄へ】
日高町では中学生までの受給者が通院・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で他の医療機関等において診療を受ける際は、表頭の表示に応じて次の「一部負担金」を支払ってください。
 - 表面などに**親初**の表示がある場合は
 - 料金、検査、薬剤、処置費用の総合 1割に相当する額
 - その他の料金を支払う場合
 - 表面などに**親二**又は**親課**のうち「初診時一部負担金」の表示がある場合は
 - 料金受取の場合は 580円
 - 通院受取の場合 610円
 - 歯科特例受取の場合 270円
 - その他の料金を支払う場合
- 突然医療機関等において診療を受ける場合は、該当機関証(又は料金証)に記載してあるこの証を必ず窓口に提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返してください。
- 氏名、所在地に変更があったときは、1ヶ月以内にこの証を改めて片持用にそのまま届け出してください。
- 加入している他の保険又はその料金に変更があったときは、1ヶ月以内に日高町長にその件を届け出してください。
- この証を紛失したり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 行政機関を経由したときは、この証を渡すことはできませんから、速やかに日高町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、罰金により処分を受けます。

・自己負担に以下のいずれかを記載しています。

「親課」～『1割一部負担金（～年3月末までは日高町で助成します）』

「親初」～『初診時一部負担金（～年3月末までは日高町で助成します）』

・上記受給者証の取り扱いとしては、27年3月末までは日高町で助成することとなりま

2. 子ども 高校生以上(20歳まで)

【親課】

親課		ひとり親家庭等医療費受給者証	
証号	1925	番号	XXXXXXX
受住所地	日高町字○○1-1		
給氏名	○○○○	男	
者生年月日	平成9年1月1日		
有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで		
自己負担	1割一部負担金		
発行機関名	北海道沙流郡		
及び印	日高町		
交付年月日	平成26年8月1日		

【保険医療機関等の管轄へ】
日高町での中学生までの受給者が管轄・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この證で保険医療機関等にまわして診療を受ける時は、次の指示に応じ、次の記載を充実させてください。
 - 医師上に**親課**の表示がある場合
 - 医科、歯科、薬科、柔道整復の場合は 1次に相当する額
 - その他の医科が定める額
 - 初診時に**親課**又は**親初**のうち「初診時一部負担金」の表示がある場合は
 - 医科受診の場合は 580円
 - 歯科受診の場合は 510円
 - 柔道整復受診の場合は 270円
 - その他の医科が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合会員証)に加えてこの証を必ず持参し提出してください。
- 受給者の義務がなくなつたときは、速やかにこの証を日高町に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を改めて日高町にその行を届け出してください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に各町長にその行を届け出してください。
- この証を紛失したり、持したり又は失つたりしたときは、改めてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、 finedにより処分を受けます。

【親初】

親初		ひとり親家庭等医療費受給者証	
証号	1925	番号	XXXXXXX
受住所地	日高町字○○1-1		
給氏名	○○○○	男	
者生年月日	平成9年1月1日		
有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで		
自己負担	初診時一部負担金		
発行機関名	北海道沙流郡		
及び印	日高町		
交付年月日	平成26年8月1日		

【保険医療機関等の管轄へ】
日高町での中学生までの受給者が管轄・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で保険医療機関等にまわして診療を受ける時は、次の指示に応じ、次の記載を充実させてください。
 - 医師上に**親初**の表示がある場合
 - 医科、歯科、薬科、柔道整復の場合は 1次に相当する額
 - その他の医科が定める額
 - 初診時に**親課**又は**親初**のうち「初診時一部負担金」の表示がある場合は
 - 医科受診の場合は 580円
 - 歯科受診の場合は 510円
 - 柔道整復受診の場合は 270円
 - その他の医科が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合会員証)に加えてこの証を必ず持参し提出してください。
- 受給者の義務がなくなつたときは、速やかにこの証を日高町に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を改めて日高町にその行を届け出してください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に各町長にその行を届け出してください。
- この証を紛失したり、持したり又は失つたりしたときは、改めてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、 finedにより処分を受けます。

・自己負担に以下のいずれかを記載しています。

「親課」～『1割一部負担金』

「親初」～『初診時一部負担金』

(3)

3. 親

【親課】

親課		ひとり親家庭等医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受給者	住所地	日高町字○○1-1	
	氏名	○○ ○○	男
	生年月日	昭和 60 年 1 月 1 日	
	有効期間	平成 26 年 8 月 1 日から 平成 27 年 7 月 31 日まで 【入院・指定訪問看護のみ対象】	
	自己負担	1割一部負担金	
	発行機関名及び印	北海道沙流郡	日高町
	交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日	

【保険医療機関の選擇へ】
日高町では中学生までの受給者が対象、入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を制定しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で保険医療機関において診察を受ける者は、次の表に応じて次の割合を支払ってください。
 - 最初江上に **親課** の表示がある場合
 - 医師、歯科、薬剤、看護師の場合は 1割に相当する額
 - その他高齢者等が定める額
 - 最初江上に **親課** 又は **親初** のうち「初診時一部負担金」の表示がある場合
 - 医科受診の場合は 560円
 - 歯科受診の場合は 510円
 - 看護師受診の場合は 270円
 - その他の日高町長が定める額
- 保険医療機関等に上記で診察を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず提示して下さい。
- 受給者の負担がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返してください。
- 医師、歯科等に変更があったときは、14日以内にこの証を教えて日高町長にその件を届け出してください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町長にその件を届け出してください。
- この証を破ったり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、所持により処分を受けます。

【親初】

親初		ひとり親家庭等医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受給者	住所地	日高町字○○1-1	
	氏名	○○ ○○	男
	生年月日	昭和 60 年 1 月 1 日	
	有効期間	平成 26 年 8 月 1 日から 平成 27 年 7 月 31 日まで 【入院・指定訪問看護のみ対象】	
	自己負担	初診時一部負担金	
	発行機関名及び印	北海道沙流郡	日高町
	交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日	

【保険医療機関の選擇へ】
日高町では中学生までの受給者が対象、入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を制定しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で保険医療機関において診察を受ける者は、次の表に応じて次の割合を支払ってください。
 - 最初江上に **親初** の表示がある場合
 - 医師受診の場合 580円
 - 歯科受診の場合 510円
 - 看護師受診の場合 270円
 - その他の日高町長が定める額
 - 保険医療機関等に上記で診察を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず提示して下さい。
 - 受給者の負担がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返してください。
 - 医師、歯科等に変更があったときは、14日以内にこの証を教えて日高町長にその件を届け出してください。
 - 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町長にその件を届け出してください。
 - この証を破ったり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
 - 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町長に返してください。
 - 不正にこの証を使用した者は、所持により処分を受けます。

・『入院・指定訪問看護のみ対象』と記載しています。

・自己負担に以下のいずれかを記載しています。

「親課」～「1割一部負担金」

「親初」～「1割一部負担金」

重度心身障害者医療費受給者証

1. 中学生以下

【障課】

障課		重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受住所	日高町字○○1-1		
給氏名	○○ ○○	男	
者生年月日	平成 13 年 1 月 1 日		
有効期間	平成 26 年 8 月 1 日から 平成 27 年 7 月 31 日まで		
自己負担	なし（日高町で助成します）		
発行機関名	北海道沙流郡		
及び印	日 高 町		
交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日		

【保険医療費等の請求へ】
日高町では中学生までの受給者が医療・入院した場合の多額診療料金並びに 1 診・一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せざる旨高町へ請求してください。

注意事項

1. この證で保険医療費等における請求を受ける際は、支拂の表示に依り、次の 手数料を支払ってください。
(1) 表面左上に **障課** の表示がある場合
 - ① 病科、歯科、眼科、外来健診の場合は 1 診に相当する額
 - ② その他日高町が定める額
- (2) 表面左上に **障初** 又は **障中** のうち「**初診**・**部負担金のみ**」の記入がある場合
 - ① 病科受診の場合 580円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 遠方健診受診の場合 270円
 - ④ その他日高町が定める額
2. 保険医療費等において該額を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず手に提出してください。
3. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町に返してください。
4. 戻り、居住地に変更があったときは、14 日以内にこの証を提出して日高町にその旨を届け出してください。
5. 加入している他の保険又はその内容に変更があったときは、14 日以内に日高町にその旨を届け出してください。
6. この証を複数たり、持したり又は複数なりしたときは、片方を支拂ってください。
7. 本証明書を超過したときは、この額を使用することはできませんから、速やかに日高町に返してください。
8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

【障初】

障初		重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受住所	日高町字○○1-1		
給氏名	○○ ○○	男	
者生年月日	平成 13 年 1 月 1 日		
有効期間	平成 26 年 8 月 1 日から 平成 27 年 7 月 31 日まで		
自己負担	なし（日高町で助成します）		
発行機関名	北海道沙流郡		
及び印	日 高 町		
交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日		

【保険医療費等の請求へ】
日高町では中学生までの受給者が医療・入院した場合の多額診療料金並びに 1 診・一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せざる旨高町へ請求してください。

注意事項

1. この証で保険医療費等における請求を受ける際は、支拂の表示に依り、次の 手数料を支払ってください。
(1) 表面左上に **障初** の表示がある場合
 - ① 病科、歯科、眼科、外来健診の場合は 1 診に相当する額
 - ② その他日高町が定める額
- (2) 表面左上に **障中** 又は、**障初** のうち「**初診**・**部負担金のみ**」の記入がある場合
 - ① 病科受診の場合 580円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 遠方健診受診の場合 270円
 - ④ その他日高町が定める額
2. 保険医療費等において該額を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず手に提出してください。
3. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町に返してください。
4. 戻り、居住地に変更があったときは、14 日以内にこの証を提出して日高町にその旨を届け出してください。
5. 加入している他の保険又はその内容に変更があったときは、14 日以内に日高町にその旨を届け出してください。
6. この証を複数たり、持したり又は複数なりしたときは、片方を支拂ってください。
7. 本証明書を超過したときは、この額を使用することはできませんから、速やかに日高町に返してください。
8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

・自己負担『なし（日高町で助成します）』と記載しています。

(4)

※前頁の内、年度内に15歳に到達する受給者（中学校を卒業する受給者）

【障課】

障課		重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受給者	日高町字〇〇1-1		
姓	○○○○	名	男
生年月日	平成11年9月10日		
有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで		
自己負担	1割一部負担金 (平成27年3月末までは日高町で助成します)		
発行機関名	北海道沙流郡		
及び印	日高町		
交付年月日	平成26年8月1日		

【保健区医療費受給者の皆様へ】
日高町では中学生までの受給者が通院・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この書類で保健区医療費受給者において診療を受ける際は、裏面の表に記入し、次の一部負担金を支払ってください。
 (1) 教育料に**障課**の表がある場合は
 - ① かけ、歯科、調剤、看護師の場合は 1割に相当する額
 - ② その他の医療費の場合は 1割に相当する額
- 医療料に**障課**又は**障初**のうち「初診時一部負担金」の表がある場合は
 - ① 特別検査の場合は 580円
 - ② 診療料の場合は 610円
 - ③ 疾病治療の場合は 270円
 - ④ その他日高町長が定める額
- 保険外医療費等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は被扶養者証)に記載してこの証を必ず提出して下さい。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返してください。
- 氏名、被扶養者証が変更があったときは、1ヶ月以内にこの証を提出して日高町長にその旨を届け出してください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、1ヶ月以内に日高町長にその旨を届け出してください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑罰により処分を受けます。

【障初】

障初		重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受給者	日高町字〇〇1-1		
姓	○○○○	名	男
生年月日	平成11年9月10日		
有効期間	平成26年8月1日から 平成27年7月31日まで		
自己負担	初診時一部負担金 (平成27年3月末までは日高町で助成します)		
発行機関名	北海道沙流郡		
及び印	日高町		
交付年月日	平成26年8月1日		

【保健区医療費受給者の皆様へ】
日高町では中学生までの受給者が通院・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この書類で保健区医療費受給者において診療を受ける際は、裏面の表に記入し、次の一部負担金を支払ってください。
 (1) 教育料に**障課**の表がある場合は
 - ① かけ、歯科、調剤、看護師の場合は 1割に相当する額
 - ② その他の医療費の場合は 1割に相当する額
- 医療料に**障初**又は**障課**のうち「初診時一部負担金」の表がある場合は
 - ① 特別検査の場合は 580円
 - ② 診療料の場合は 610円
 - ③ 疾病治療の場合は 270円
 - ④ その他日高町長が定める額
- 保険外医療費等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は被扶養者証)に記載してこの証を必ず提出して下さい。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返してください。
- 氏名、被扶養者証が変更があったときは、1ヶ月以内にこの証を提出して日高町長にその旨を届け出してください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、1ヶ月以内に日高町長にその旨を届け出してください。
- この証を破ったり、汚したり又は尖ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑罰により処分を受けます。

・自己負担に以下のいずれかを記載しています。

「障課」～『1割一部負担金（～年3月末までは日高町で助成します）』

「障初」～『初診時一部負担金（～年3月末までは日高町で助成します）』

2. 高校生以上(65歳まで)

【障課】

障課		重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受住所	日高町字○○1-1		
被氏名	○○ ○○	男	
者生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日		
有効期間	平成 26 年 8 月 1 日から 平成 27 年 7 月 31 日まで		
自己負担	1割一部負担金		
発行機関名 及び印	北海道沙流郡 日高町		
交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日		

【重度心身障害者の皆様へ】
日高町では中学生までの受給者が選択・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を切成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この度で障害心身障害者において医療を受ける際は、次の表に依り、次の「面見料」を支払ってください。
 - (1) 表面に上に **面見** の表示がある場合
 - ① 治療、検査、薬剤、栄養食等の場合は 1割に相当する額
 - ② その他日高町が定める額
 - (2) 表面に上に **初診** 又は **面接** のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合は
 - ① 治療心身障害者の場合は 580円
 - ② 薬剤販賣の場合は 510円
 - ③ 营養食販賣の場合は 270円
 - ④ その他日高町が定める額
- 保険扶助申請者において医療を受ける場合は、被保険者証(又は被扶養者証)に添えてこの証を必ず持参して下さい。
- 受給者の状態が悪くなかったときは、速やかにこの証を日高町に返して下さい。
- 姓名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を持えて日高町民にその件を届け出してください。
- 加入している保険扶助又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町民にその旨を届け出してください。
- この証を破つたり、汚したり又は焼つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 有效期を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町役場に返して下さい。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

【障初】

障初		重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受住所	日高町字○○1-1		
被氏名	○○ ○○	男	
者生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日		
有効期間	平成 26 年 8 月 1 日から 平成 27 年 7 月 31 日まで		
自己負担	初診時一部負担金		
発行機関名 及び印	北海道沙流郡 日高町		
交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日		

【重度心身障害者の皆様へ】
日高町では中学生までの受給者が選択・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を切成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この度で障害心身障害者において医療を受ける際は、次の表に依り、次の「面見料」を支払ってください。
 - (1) 表面に上に **面見** の表示がある場合
 - ① 治療、検査、薬剤、栄養食等の場合は 1割に相当する額
 - ② その他日高町が定める額
 - (2) 表面に上に **初診** 又は **面接** のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合は
 - ① 治療心身障害者の場合は 580円
 - ② 薬剤販賣の場合は 510円
 - ③ 营養食販賣の場合は 270円
 - ④ その他日高町が定める額
- 保険扶助申請者において医療を受ける場合は、被保険者証(又は被扶養者証)に添えてこの証を必ず持参して下さい。
- 受給者の状態が悪くなかったときは、速やかにこの証を日高町に返して下さい。
- 姓名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を持めて日高町民にその件を届け出してください。
- 加入している保険扶助又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町民にその旨を届け出してください。
- この証を破つたり、汚したり又は焼つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 有效期を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町役場に返して下さい。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

・自己負担に以下のいずれかを記載しています。

障課～『1割一部負担金』

障初～『初診時一部負担金』

3. 精神保健福祉手帳対象者

【障課】

障課 重度心身障害者医療費受給者証			
記号	1925	番号	XXXXXXX
受住所	日高町字〇〇1-1		
給氏名	○○ ○○	男	
者生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日		
有効期間	平成 26 年 8 月 1 日から 平成 27 年 7 月 31 日まで 【入院医療は助成対象外】		
自己負担	1割一部負担金		
発行機関名	北海道沙流郡		
及び印	日高町		
交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日		

【保険医療費認定の旨件へ】
日高町では中学生までの受給者が通院・入院した場合の多初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で保険医療費認定において診療を受けた者は、次の表示に応じ、次の 還負金を支払ってください。
(1) 診断上に **精神疾患** の表示がある場合
 - ① 国民、公務、労保、漁保、被雇農業の場合は 1割に相当する額
 - ② その他日高町が定める額
- (2) 診断上に **精神疾患** 又は **精神疾患** のうち「お部時・一部負担金」の表示がある場合
 - ① 医科受診の場合は 580円
 - ② 薬剤受取の場合 810円
 - ③ 病院医療費受取の場合 270円
 - ④ その他日高町が定める額
3. 保険医療費認定において診療を受けた者は、被保険者証(又は被扶養員証)に従ってこの証を必ず持つて提出してください。
4. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町に返してください。
5. 住所地に変更があったときは、14日以内にこの証を提出しては日高町にその件を届け出してください。
6. 加入している保険医療又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町長にその旨を届け出してください。
7. この証を複数枚持つたり、汚したり火にあつたりしたときは、再交付を受けてください。
8. 不正にこの証を使用した者は、法律により処分を受けます。

【障初】

障初 重度心身障害者医療費受給者証			
記号	1926	番号	XXXXXXX
受住所	日高町字〇〇1-1		
給氏名	○○ ○○	男	
者生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日		
有効期間	平成 26 年 8 月 1 日から 平成 27 年 7 月 31 日まで 【入院医療は助成対象外】		
自己負担	初診時一部負担金		
発行機関名	北海道沙流郡		
及び印	日高町		
交付年月日	平成 26 年 8 月 1 日		

【保険医療費認定の旨件へ】
日高町では中学生までの受給者が通院・入院した場合の多初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で保険医療費認定において診療を受けた者は、次の表示に応じ、次の 還負金を支払ってください。
(1) 診断上に **精神疾患** の表示がある場合
 - ① 国民、公務、労保、漁保、被雇農業の場合は 1割に相当する額
 - ② その他日高町が定める額
- (2) 診断上に **精神疾患** 又は **精神疾患** のうち「お部時・一部負担金」の表示がある場合
 - ① 医科受診の場合は 580円
 - ② 薬剤受取の場合 810円
 - ③ 病院医療費受取の場合 270円
 - ④ その他日高町が定める額
3. 保険医療費認定において診療を受けた者は、被保険者証(又は被扶養員証)に従ってこの証を必ず持つて提出してください。
4. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町に返してください。
5. 住所地に変更があったときは、14日以内にこの証を提出しては日高町にその件を届け出してください。
6. 加入している保険医療又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町長にその旨を届け出してください。
7. この証を複数枚持つたり、汚したり火にあつたりしたときは、再交付を受けてください。
8. 不正にこの証を使用した者は、法律により処分を受けます。

・『入院医療は助成対象外』と記載しています。

・自己負担に以下のいずれかを記載しています。

「障課」～「1割一部負担金」

「障初」～「初診時一部負担金」

4. 填者

【老課】

老課		重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受 住 所	日高町字〇〇1-1		
給 氏 名	○○ ○○	男	
者 生年月日	昭和 5年 1月 1日		
有効期間	平成 26年 8月 1日から 平成 27年 7月 31日まで		
自己負担	1割一部負担金		
発行機関名 及び印	北海道沙流郡 日高町		
交付年月日	平成 26年 8月 1日		

【保健医療費等の皆様へ】
日高町では中学生までの受給者が通院・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で保健医療費等において診療を受ける際は、支拂の表がに応じ、次の割合を支払ってください。
 - (1) 表面左上に**内科** **老課** の表示がある場合
 - ① 例え、歯科、眼科、その他医療の場合は 1割に相当する額
 - ② その他日高町が定める額
 - (2) 表面左上に**内科** **老課** 以外に**障害** のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合
 - ① 武科受診の場合 880円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 水道整備受診の場合 270円
 - ④ その他日高町が定める額
- 保健医療費等において診療を受ける場合に、被保険者証(又は被保険者証)に記載してあるこの証を必ず窓口に提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、1ヶ月以内にこの証を持えて日高町長にその旨を届け出してください。
- 加入している健康保険又はその内容に変更があったときは、1ヶ月以内に山高町民にその旨を届け出してください。
- この証を破つたり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、罰則により処分を受けます。

【老初】

老初		重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXX
受 住 所	日高町字〇〇1-1		
給 氏 名	○○ ○○	男	
者 生年月日	昭和 5年 1月 1日		
有効期間	平成 26年 8月 1日から 平成 27年 7月 31日まで		
自己負担	初診時一部負担金		
発行機関名 及び印	北海道沙流郡 日高町		
交付年月日	平成 26年 8月 1日		

【保健医療費等の皆様へ】
日高町では中学生までの受給者が通院・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者へ請求せず日高町へ請求してください。

注意事項

- この証で保健医療費等において診療を受ける際は、支拂の表がに応じ、次の割合を支払ってください。
 - (1) 表面左上に**内科** **老課** の表示がある場合
 - ① 武科、歯科、眼科、その他医療の場合は 1割に相当する額
 - ② その他日高町が定める額
 - (2) 表面左上に**内科** **老課** 以外に**障害** のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合
 - ① 武科受診の場合 880円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 水道整備受診の場合 270円
 - ④ その他日高町が定める額
- 保健医療費等において診療を受ける場合に、被保険者証(又は被保険者証)に記載してあるこの証を必ず窓口に提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、1ヶ月以内にこの証を持えて日高町長にその旨を届け出してください。
- 加入している健康保険又はその内容に変更があったときは、1ヶ月以内に山高町民にその旨を届け出してください。
- この証を破つたり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに日高町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、罰則により処分を受けます。

- 自己負担に以下のいずれかを記載

老課～『1割一部負担金』

老初～『初診時一部負担金』

※「老課」の受給者証は後期高齢者医療制度に加入し保険料が3割負担となる方に交付

しております。保険料が1割負担の方には交付しておりません。

注 意 事 項

1. この証は、北海道内の保険医療機関等において受診した場合、窓口で支払うべく自己負担金相当額を日高町長が支払する証ですので、大切に保管してください。
2. 保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。
3. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を日高町長に返還してください。
4. 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて日高町長にその旨を届け出してください。
5. 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に日高町長にその旨を届け出してください。
6. この証を破つたり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
7. 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに日高町長に返還してください。
8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求について

(1) 未就学児及び小学生の入院・指定訪問看護

- ・ 乳初の初診時と乳課においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。
なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は日高町で助成しますが、一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。
乳初で初診時以外の月については、医療保険と公費「90」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

(2) 小学生の入院・指定訪問看護 以外

- ・ 医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

※ 一部負担金

- ・ 表面左上に乳課の表示がある場合
 - ① 医科、歯科、調剤、柔道整復の場合 1割に相当する額
 - ② その他日高町長が定める額
- ・ 表面左上に乳初又は乳課のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合
 - ① 医科受診の場合 580円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ その他日高町長が定める額