

# 医療費受給者証様式集

## 乳幼児等医療費受給者証

### 1. 未就学児童及び小学生

【乳課】

<b>乳課</b>		<b>乳幼児等医療費受給者証</b>	
公費	90011925	受給者 番号	XXXXXXXX
負担者	91011924		XXXXXXXX
番号	92011923		XXXXXXXX
住所	口高町字〇〇1-1		
給氏名	〇〇 〇〇	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(日高町で助成します)		
発行機関名 及び印	北海道沙流郡		
交付年月日	平成26年8月1日		

### 注意事項

- この証は、北海道内の医療施設等において交付した場合、窓口で支払うべく自己負担金相当額を日高町が支払うためです。大切に保管してください。
- 医療機関等に於いて診療を受ける場合は、医療機関の受付窓口(又は組合施設)に添えてこの証を必ず窓口に出すしてください。
- 受給者の資格が無くなったときは、速やかにこの証を日高町長に返還してください。
- 住所、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を送って日高町長にその旨を届けてください。
- 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てください。
- この証を失ったり、汚したり又は破損したときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を満了したときは、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。
- なおこの証を使用した者は、罰則により処罰を受けます。

**医療機関等の受付へ**

診療報酬請求書の請求について

(1)未就学児童及び小学生の入院・指定診療費  
 ・「乳課」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、医療保険の請求金額は「保険額」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「91」の負担金請求へ記載してください。

(2)小学生の入院・指定診療費以外  
 ・医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険額」に請求金額のみ記載してください。

※一部負担金  
 表を上記「乳課」の表示がある場合  
 ① 眼科・歯科・調剤・産科等の場合 1割に相当する額  
 ② その他日高町長が定める額  
 表を下記「乳課」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 眼科受診の場合 580円  
 ② 歯科受診の場合 610円  
 ③ その他日高町長が定める額

【乳初】

<b>乳初</b>		<b>乳幼児等医療費受給者証</b>	
公費	90011926	受給者 番号	XXXXXXXX
負担者	91011924		XXXXXXXX
番号	92011923		XXXXXXXX
住所	口高町字〇〇1-1		
給氏名	〇〇 〇〇	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(日高町で助成します)		
発行機関名 及び印	北海道沙流郡		
交付年月日	平成26年8月1日		

### 注意事項

- この証は、北海道内の医療施設等において交付した場合、窓口で支払うべく自己負担金相当額を日高町が支払うためです。大切に保管してください。
- 医療機関等に於いて診療を受ける場合は、医療機関の受付窓口(又は組合施設)に添えてこの証を必ず窓口に出すしてください。
- 受給者の資格が無くなったときは、速やかにこの証を日高町長に返還してください。
- 住所、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を送って日高町長にその旨を届けてください。
- 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てください。
- この証を失ったり、汚したり又は破損したときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を満了したときは、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。
- なおこの証を使用した者は、罰則により処罰を受けます。

**医療機関等の受付へ**

診療報酬請求書の請求について

(1)未就学児童及び小学生の入院・指定診療費  
 ・「乳初」の初診時と「乳初」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、医療保険の請求金額は「保険額」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「91」の負担金請求へ記載してください。

(2)小学生の入院・指定診療費以外  
 ・医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険額」に請求金額のみ記載してください。

※一部負担金  
 表を上記「乳初」の表示がある場合  
 ① 眼科・歯科・調剤・産科等の場合 1割に相当する額  
 ② その他日高町長が定める額  
 表を下記「乳初」又は「乳初」のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合  
 ① 眼科受診の場合 580円  
 ② 歯科受診の場合 610円  
 ③ その他日高町長が定める額

・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

<b>乳課</b>		<b>乳幼児等医療費受給者証</b>	
公費負担番号	90011925	受給者番号	XXXXXXXX
負担者	91011924	番号	XXXXXXXX
番号	92011923		XXXXXXXX
住所	日高町字〇〇1-1		
氏名	〇〇 〇〇	性別	男
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26.10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**

- この証は、北海道内の医療機関等に於いて受診した場合、窓口で支払うべく自己負担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。
- 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提示し提出してください。
- 受給者の資格が無くなったときは、速やかにこの証を日高町長に返還してください。
- 氏名、所在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てください。
- 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。
- 有効期限を満了したときは、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。
- 不正にこの証を使用した者は、罰法により処分を受けます。

**医療機関等への請求へ**

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「保険課」に、一部負担金は日高町で助成しますが、一部負担金と公費「91」の負担金等へ記載してください。

(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、「保険課」に請求点数のみ記載してください。

※ 一部負担金  
 ・ 医療費に「乳課」の適用がある場合  
 ① 内科・外科・診療・処置等の場合 1割に相当する額  
 ② その他診療費が認められる  
 ・ 医療費に「乳初」又は「乳課」のうち「初診時一部負担金のみ」の適用がある場合  
 ① 内科診療の場合 580円  
 ② 歯科診療の場合 610円  
 ③ その他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

<b>乳</b>		<b>乳幼児等医療費受給者証</b>	
公費負担者番号	92011923	受給者番号	XXXXXXXX
住所	日高町字〇〇1-1		
氏名	〇〇 〇〇	性別	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 【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**

- この証は、北海道内の医療機関等に於いて受診した場合、窓口で支払うべく自己負担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。
- 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提示し提出してください。
- 受給者の資格が無くなったときは、速やかにこの証を日高町長に返還してください。
- 氏名、所在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てください。
- 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。
- 有効期限を満了したときは、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。
- 不正にこの証を使用した者は、罰法により処分を受けます。

**医療機関等への請求へ**

診療報酬明細書の請求について

(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「保険課」に記載し、公費の一部負担金等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】

<b>親課</b> ひとり親家庭等医療費受給者証	
記号	1925 番号 XXXXXXXX
受給者住所	日高町字〇〇1-1
受給者氏名	〇〇 〇〇 男
受給者生年月日	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

【保険診療等の書様へ】

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

- この証で保険診療等において診療を受ける際は、医師の指示に応じ、次の 自己負担を支払ってください。
  - (1) 表面上に「**親課**」の表示がある場合
    - ① 医療、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
  - (2) 表面上に「**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 医療受診の場合 560円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 柔道整復受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 保険診療等において診療を受ける場合は、初診時等証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、14日以内この証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
- 加入している国民健康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てください。
- この証を失ったり、汚したり又は欠けたりしたときは、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、刑法により処分を受けます。

【親初】

<b>親初</b> ひとり親家庭等医療費受給者証	
記号	1925 番号 XXXXXXXX
受給者住所	日高町字〇〇1-1
受給者氏名	〇〇 〇〇 男
受給者生年月日	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

【保険診療等の書様へ】

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

- この証で保険診療等において診療を受ける際は、医師の指示に応じ、次の 自己負担を支払ってください。
  - (1) 表面上に「**親初**」の表示がある場合
    - ① 医療、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
  - (2) 表面上に「**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 医療受診の場合 560円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 柔道整復受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 保険診療等において診療を受ける場合は、初診時等証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、14日以内この証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
- 加入している国民健康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てください。
- この証を失ったり、汚したり又は欠けたりしたときは、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）

【親課】

<b>親課</b>		ひとり親家庭等医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXXX
受給者	住所地	日高町字〇〇1-1	
	氏名	〇〇〇〇	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		

【保険医療機関等の書保へ】

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おいて診療を受ける際は、医師の指示に基づき、次の一部負担金を支払ってください。
  - (1) 薬費以上に「**親課**」の表示がある場合
    - ① 眼科、歯科、調剤、東洋医療の場合（別に相当する額）
    - ② その他日高町長が定める額
  - (2) 表面の上に「**親初**」又は「**親課**」のうち「**親初**」の表示がある場合
    - ① 眼科受診の場合 580円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 東洋医療受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、住所等に変更があったときは、14日以内にこの証を返して日高町長にその旨を届け出てください。
- 加入している保険料額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てください。
- この証を失ったり、汚したり又は失ったりしたときは、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、罰則により処分を受けます。

【親初】

<b>親初</b>		ひとり親家庭等医療費受給者証	
記号	1925	番号	XXXXXXXX
受給者	住所地	日高町字〇〇1-1	
	氏名	〇〇〇〇	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		

【保険医療機関等の書保へ】

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おいて診療を受ける際は、医師の指示に基づき、次の一部負担金を支払ってください。
  - (1) 薬費以上に「**親初**」の表示がある場合
    - ① 眼科、歯科、調剤、東洋医療の場合（別に相当する額）
    - ② その他日高町長が定める額
  - (2) 表面の上に「**親初**」又は「**親課**」のうち「**親初**」の表示がある場合
    - ① 眼科受診の場合 580円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 東洋医療受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、住所等に変更があったときは、14日以内にこの証を返して日高町長にその旨を届け出てください。
- 加入している保険料額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てください。
- この証を失ったり、汚したり又は失ったりしたときは、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、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】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">親課</div> ひとり親家庭等医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		受給者	住所	日高町字〇〇1-1	
給	氏名	〇〇 〇〇	性別	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			

【保険医療機関等の皆様へ】

日高町では中学生までの受給者が病院・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

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、表の表示に準じ、次の 自己負担金を支払ってください。
  - (1) 表面上に「**親課**」の表示がある場合
    - ① 眼科、歯科、産科、禁煙控除の場合 1割に相当する額
    - ② その他日高町長が定める額
  - (2) 表面上に「**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 眼科受診の場合 580円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 禁煙控除受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 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（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、14日以内この証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
- 加入している国民健康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てください。
- この証を紛失したり、汚したり又は失ったときは、再交付を求めてください。
- 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、速やかに日高町長に返してください。
- 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。

【親初】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">親初</div> ひとり親家庭等医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		受給者	住所	日高町字〇〇1-1	
給	氏名	〇〇 〇〇	性別	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			

【保険医療機関等の皆様へ】

日高町では中学生までの受給者が病院・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

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、表の表示に準じ、次の 自己負担金を支払ってください。
  - (1) 表面上に「**親初**」の表示がある場合
    - ① 眼科、歯科、産科、禁煙控除の場合 1割に相当する額
    - ② その他日高町長が定める額
  - (2) 表面上に「**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 眼科受診の場合 580円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 禁煙控除受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 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（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、14日以内この証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
- 加入している国民健康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てください。
- この証を紛失したり、汚したり又は失ったときは、再交付を求めてください。
- 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、速やかに日高町長に返してください。
- 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。

「親課」～『1割一部負担金』

「親初」～『初診時一部負担金』

3. 親

【親課】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">親</span> </div>		ひとり親家庭等医療費受給者証	
		記号	1925
受給者	住所地	日高町字〇〇1-1	
	氏名	〇〇 〇〇	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		

【保険医療機関等の皆様へ】

日高町では中学生までの受給者が入院・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を補助しておりますので、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おいて診療を受ける際は、表面の表示に応じ、次の「自己負担金」を支払ってください。
  - (1) 表面上に「**親課**」の表示がある場合
    - ① 医療、歯科、薬剤、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
  - (2) 表面上に「**親初**」又は「**親課**」のうち「初診時一部負担金」の表示がある場合
    - ① 医療受診の場合 680円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 柔道整復受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 保険医療機関等に主として診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、14日以内にこの証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
- 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てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けってください。
- 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。

【親初】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">親</span> </div>		ひとり親家庭等医療費受給者証	
		記号	1925
受給者	住所地	日高町字〇〇1-1	
	氏名	〇〇 〇〇	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		

【保険医療機関等の皆様へ】

日高町では中学生までの受給者が入院・入院した場合のみ初診時一部負担金及び1割一部負担金を補助しておりますので、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おいて診療を受ける際は、表面の表示に応じ、次の「自己負担金」を支払ってください。
  - (1) 表面上に「**親初**」の表示がある場合
    - ① 医療、歯科、薬剤、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
  - (2) 表面上に「**親初**」又は「**親課**」のうち「初診時一部負担金」の表示がある場合
    - ① 医療受診の場合 680円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 柔道整復受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 保険医療機関等に主として診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、14日以内にこの証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
- 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てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けってください。
- 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。

・『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」～『初診時一部負担金』

**重度心身障害者医療費受給者証**

1. 中学生以下

【障課】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">障</span> </div> 重度心身障害者医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		住所	日高町字〇〇1-1		
受給者	氏名	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				

【保険医療機関の書様へ】

日高町では中学生までの受給者が入院・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

- この証で保険医療機関において診療を受ける際、表面の表示に従い、次の 負担割合を支払ってください。
  - (1) 表面上に「障課」の表示がある場合
    - ① 眼科、歯科、理学療法室の場合 1割に相当する額
    - ② その他は日高町長が定める額
  - (2) 表面上に「障初」又は「障課」のうち「初診時・一部負担金のみの表示」がある場合
    - ① 眼科受診の場合 580円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 理学療法室の場合 270円
    - ④ その他は日高町長が定める額
- 保険医療機関において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず添付してください。
- 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。
- 住所、氏名等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、14日以内に日高町長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、折したり又は失ったときは、再交付を要してください。
- 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、罰法により処分を受けます。

【障初】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">障</span> </div> 重度心身障害者医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		住所	日高町字〇〇1-1		
受給者	氏名	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				

【保険医療機関の書様へ】

日高町では中学生までの受給者が入院・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

- この証で保険医療機関において診療を受ける際、表面の表示に従い、次の 負担割合を支払ってください。
  - (1) 表面上に「障初」の表示がある場合
    - ① 眼科、歯科、理学療法室の場合 1割に相当する額
    - ② その他は日高町長が定める額
  - (2) 表面上に「障初」又は「障課」のうち「初診時・一部負担金のみの表示」がある場合
    - ① 眼科受診の場合 580円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 理学療法室の場合 270円
    - ④ その他は日高町長が定める額
- 保険医療機関において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず添付してください。
- 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。
- 住所、氏名等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、14日以内に日高町長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、折したり又は失ったときは、再交付を要してください。
- 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。

※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】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <b>障課</b> </div> 重度心身障害者医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		住所	日高町字〇〇1-1		
受給者	氏名	〇〇〇〇	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				

【保険区医療費等の給付へ】  
日高町では中学生までの受給者が滞院・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**

- この給付が保険区医療費等において診療を受ける際は、医面の表がらに、次の一部負担金を支払ってください。
  - (1) 処方箋に「**障課**」の記号がある場合
    - ① 眼科、歯科、調剤、王道診療の場合 1割に相当する額
    - ② その他日高町長の定める額
  - (2) 医面表上に「**障初**」又は「**障課**」のうち、「初診時一部負担金のみの」記号がある場合
    - ① 眼科診療の場合 530円
    - ② 歯科診療の場合 610円
    - ③ 薬剤費負担額の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 保険区医療費等において診療を受ける場合は、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、住所等に変更があったときは、14日以内によりの証を届けて日高町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内は日高町長にその旨を届け出てください。
- この証を失ったり、汚したり又は壊れたりしたときは、再交付を要してください。
- 有効期限を満了したときは、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。
- 不同この証を使用した者は、罰則により処分を受けず。

【障初】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <b>障初</b> </div> 重度心身障害者医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		住所	日高町字〇〇1-1		
受給者	氏名	〇〇〇〇	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				

【保険区医療費等の給付へ】  
日高町では中学生までの受給者が滞院・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**

- この給付が保険区医療費等において診療を受ける際は、医面の表がらに、次の一部負担金を支払ってください。
  - (1) 処方箋に「**障初**」の記号がある場合
    - ① 眼科、歯科、調剤、王道診療の場合 1割に相当する額
    - ② その他日高町長の定める額
  - (2) 医面表上に「**障初**」又は「**障課**」のうち、「初診時一部負担金のみの」記号がある場合
    - ① 眼科診療の場合 530円
    - ② 歯科診療の場合 610円
    - ③ 薬剤費負担額の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 保険区医療費等において診療を受ける場合は、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、住所等に変更があったときは、14日以内によりの証を届けて日高町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内は日高町長にその旨を届け出てください。
- この証を失ったり、汚したり又は壊れたりしたときは、再交付を要してください。
- 有効期限を満了したときは、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。
- 不同この証を使用した者は、罰則により処分を受けず。

・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】

<b>障課</b> 重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925 番号 XXXXXXXX
住所	日高町字〇〇1-1
氏名	〇〇 〇〇 男
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 <input type="checkbox"/>
交付年月日	平成26年8月1日

【重度心身障害者の皆様へ】  
日高町では中学までの受給者が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**
- この証で病院や診療所において医療を受ける際は、表面の表示に応じ、次の 自己負担を支払ってください。  
(1) 表面上に「障課」の表示がある場合  
① 入院、外科、内科、検査診療の場合 1割に相当する額  
② その他日高町長が定める額  
(2) 表面上に「障初」又は「障課」のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合  
① 内科診療の場合 580円  
② 歯科診療の場合 510円  
③ 薬剤費負担額の場合 270円  
④ その他日高町長が定める額
  - 病院や診療所において医療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口に出してください。
  - 支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、14日以内にこの証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
  - 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、14日以内に日高町長にその旨を届け出てください。
  - この証を盗んだり、汚したり又は失ったときは、再交付を求めてください。
  - 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、速やかに日高町長に返してください。
  - 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。

【障初】

<b>障初</b> 重度心身障害者医療費受給者証	
記号	1925 番号 XXXXXXXX
住所	日高町字〇〇1-1
氏名	〇〇 〇〇 男
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 <input type="checkbox"/>
交付年月日	平成26年8月1日

【重度心身障害者の皆様へ】  
日高町では中学までの受給者が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**
- この証で病院や診療所において医療を受ける際は、表面の表示に応じ、次の 自己負担を支払ってください。  
(1) 表面上に「障初」の表示がある場合  
① 内科、外科、内科、検査診療の場合 1割に相当する額  
② その他日高町長が定める額  
(2) 表面上に「障初」又は「障課」のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合  
① 内科診療の場合 580円  
② 歯科診療の場合 510円  
③ 薬剤費負担額の場合 270円  
④ その他日高町長が定める額
  - 病院や診療所において医療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口に出してください。
  - 支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、14日以内にこの証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
  - 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、14日以内に日高町長にその旨を届け出てください。
  - この証を盗んだり、汚したり又は失ったときは、再交付を求めてください。
  - 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、速やかに日高町長に返してください。
  - 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。

・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】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">障課</span> </div> 重度心身障害者医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		住所	日高町字〇〇1-1		
受給者	氏名	〇〇	〇〇	性別	男
	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				
発行機関名及び印	北海道沙流郡 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> 日高町				
交付年月日	平成26年8月1日				

【保険医療機関等の皆様へ】  
日高町では中学生までの受給者が入院・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**

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、表面の表示に応じ、次の 自己負担金を支払ってください。  
(1) 表面上に「**障課**」の表示がある場合  
① 内科、外科、診療、求道診療の場合 1割に相当する額  
② その他日高町長が定める額  
(2) 表面上に「**障初**」又は「**障課**」のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合  
① 内科診療の場合 580円  
② 歯科診療の場合 610円  
③ 薬剤費受給の場合 276円  
④ その他日高町長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、保険医療証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口に出してください。
- 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、14日以内にこの証を返して日高町長にその旨を届け出てください。
- 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てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を廃止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、罰法により処分を受けます。

【障初】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">障初</span> </div> 重度心身障害者医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		住所	日高町字〇〇1-1		
受給者	氏名	〇〇	〇〇	性別	男
	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				
発行機関名及び印	北海道沙流郡 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> 日高町				
交付年月日	平成26年8月1日				

【保険医療機関等の皆様へ】  
日高町では中学生以下の受給者が入院・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**

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、表面の表示に応じ、次の 自己負担金を支払ってください。  
(1) 表面上に「**障初**」の表示がある場合  
① 内科、外科、診療、求道診療の場合 1割に相当する額  
② その他日高町長が定める額  
(2) 表面上に「**障初**」又は「**障課**」のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合  
① 内科診療の場合 580円  
② 歯科診療の場合 610円  
③ 薬剤費受給の場合 276円  
④ その他日高町長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、保険医療証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口に出してください。
- 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、14日以内にこの証を返して日高町長にその旨を届け出てください。
- 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てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を廃止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、罰法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. 障老

【老課】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">老課</span> </div> 重度心身障害者医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		住所	日高町字〇〇1-1		
受給者	氏名	〇〇 〇〇			男
	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				

【保険医療機関等の皆様へ】

日高町では中学迄までの受給者が通病・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おいて診療を受ける際は、表面の表示に準じ、次の「自己負担金」を支払ってください。
  - (1) 表面上に「**課税**」の表示がある場合
    - ① 内科、外科、歯科、耳鼻科、皮膚科等の場合 1割に相当する額
    - ② その他日高町長が定める額
  - (2) 表面上に「**課税**」又は「**課税**」のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合
    - ① 内科受診の場合 580円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 耳鼻科受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 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（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、14日以内にこの証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
- 加入している国民健康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てください。
- この証を盗んだり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を求めてください。
- 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】

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">老初</span> </div> 重度心身障害者医療費受給者証		記号	1925	番号	XXXXXXXX
		住所	日高町字〇〇1-1		
受給者	氏名	〇〇 〇〇			男
	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				

【保険医療機関等の皆様へ】

日高町では中学迄までの受給者が通病・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おいて診療を受ける際は、表面の表示に準じ、次の「自己負担金」を支払ってください。
  - (1) 表面上に「**課税**」の表示がある場合
    - ① 内科、外科、歯科、耳鼻科、皮膚科等の場合 1割に相当する額
    - ② その他日高町長が定める額
  - (2) 表面上に「**課税**」又は「**課税**」のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合
    - ① 内科受診の場合 580円
    - ② 歯科受診の場合 510円
    - ③ 耳鼻科受診の場合 270円
    - ④ その他日高町長が定める額
- 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（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、14日以内にこの証を添えて日高町長にその旨を届け出てください。
- 加入している国民健康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てください。
- この証を盗んだり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を求めてください。
- 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てください。
6. この証を破ったり、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