

上こ第 24207 号
平成 30 年 6 月 28 日

保 健 医 療 機 関 各 位
保 険 薬 局 各 位
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン 各 位
柔 道 整 復 施 術 所 各 位

上越市長 村山 秀幸

上越市の小学校就学前児童を対象とした一部負担金無料化に伴うお願い

日頃より、当市の医療費助成制度にご理解、ご協力を賜り感謝申し上げます。

当市では、下記のとおり小学校就学前児童を対象とした通院費、入院費、訪問看護費の一部負担金の無料化（以下、一部負担金無料化）を計画し、準備を進めてまいりました。

このたび、制度の改正を行い、受給者証の変更を予定しておりますので、ご協力をいただきますようお願い申し上げます。

記

1 改正・変更内容

(1) 小学校就学前児童にかかる一部負担金無料化

現行一部負担金：入院費一日 1,200 円

通院費一回 530 円

訪問看護一日 250 円

※ 食事療養費については、現行と変更ありません。

(現行：県障 61・県親 64・単子 90 受給者で、減額認定証が交付された方のみ対象。)

※ 県障 61 と県親 64 の生活療養費に変更はありません。

(2) 一部負担金無料化にあたり、実施機関番号「91150037」を新設します。

受給資格証の詳細は別紙 1～3 のとおり

2 対象期間

出生から 6 歳に達する日以後最初の 3 月 31 日まで

3 対象事業

(1) 重度心身障害者医療費助成事業 (県障 61)

(2) ひとり親家庭等医療費助成事業 (県親 64)

(3) 子ども医療費助成事業 (単子 90)

4 実施予定日

平成 30 年 9 月 1 日

お問合先：上越市こども課 大野、岡
TEL025-526-5111 (内線 1711)

別紙 1

重度心身障害者医療費助成受給者証 (案)

表面

裏面

上越市 重度障害者 医療費受給者証

県障	公費負担者番号	6	1	1	5	0	0	3	3
	一部負担金 公費負担者番号	9	1	1	5	0	0	3	7
	受給者番号								
	保険者								
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日	年	月	日					
有効期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	
発行機関	新潟県 上越市長								印
交付年月日	年	月	日						

注 意 事 項

- この証は、大切に保管してください。
- 診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口に出ししてください。また、医療保険の国庫管理用認定証がある場合は、併せて提出してください。
- 一部負担金について
外來の場合は、月の初回から4回目まで受診日ごとに530円（その日の自己負担額が530円に満たないときには当該額）を支払ってください。
なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。
- 入院時食事療養（生活療養）標準負担額について
保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口で提示してください。
- 次の場合は、速やかに市町村に届け出てください。
(1) 受給資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
(2) 加入している医療保険を変更したとき。
(3) 食事療養（生活療養）標準負担額の減額認定者でなくなったとき。
(4) 障害の程度が軽減したとき。
(5) 生活保護の決定を受けたとき。
(6) 法律等に基づき医療費の全額助成を受けることとなったとき。
(7) 第三者行為による治療を受けたとき。
(8) この証を破損、汚損又は亡失したとき。
- この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関での領収証及び明細書等を添付して市町村に手続きしてください。
- この証の有効期間は表面のとおりです。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分を受けることがあります。

※平成30年度の現況届により、所得等の確認を行い、認定となった受給者へ上記様式の受給資格証を送付する予定です。

○ 無償化対象ではない受給者の一部負担金公費負担者番号の欄は「*****」と表示される予定です。

別紙 2

ひとり親家庭等医療費助成受給者証 (案)

表面

裏面

64県親		上越市		受給者証	
公費負担者番号	6	4	1	5	0
一部負担金号	9	1	1	5	0
公費負担者番号	0	0	3	7	
受給者番号					
受給者	氏名				
	生年月日	年	月	日	

申請者	氏名				
有効期間		年	月	日	から
		年	月	日	まで
発行機関	上越市長	印			
交付年月日	年	月	日		

注意事項

- 1 診療等を受けるときは、加入医療保険証にこの証を添えて、医療機関窓口へ提出してください。また、医療保険の限度額適用認定証や標準負担額減額認定証がある場合は、併せて提出してください。
- 2 この証は、県外の医療機関等では使用できません。県外で受診した場合は、後日、指定口座に振り込みますので、領収書、印鑑及び振込口座がわかるものをお持ちの上、市へ申請してください。
- 3 この証の有効期間は表面のとおりです。10月1日以降、引き続き受給されるには、更新申請書の提出が必要になります。8月中に手続きをしてください。
- 4 次の場合、速やかに上越市に届け出てください。
 - (1)受給者が氏名、住所を変更又は死亡したとき
 - (2)加入している健康保険が変わったとき
 - (3)世帯の状況が変わったとき
例…扶養義務者が増えたとき
 - (4)受給者の資格がなくなったとき。
例…婚姻したとき(異性と同居を含む)
…子どもを監護しなくなったとき。
 - (5)新たに監護又は養育する児童を有したとき。
 - (6)第三者行為による治療を受けたとき。
 - (7)この証を破損、汚損又は紛失したとき。
- 5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

※平成 30 年 9 月には、対象者に上記様式の受給資格証を送付する予定です。

小学校就学以降の児童については、従前の受給資格証を利用します。再交付等により新様式の受給資格証が交付される時は、無償化対象ではないため一部負担金公費負担者番号の欄は「*****」と表示されます。

子ども医療費助成受給資格証 (案)

表面

裏面

上越市 子ども医療費受給資格証


公費負担者番号	90150038
一部負担金 公費負担者番号	91150037
受給者番号	

子ども氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

受給者名 _____

有効期間 _____ 年 月 日 から
 (入院・通院) _____ 年 月 日 まで

発行者名 上越市長 

交付年月日 _____ 年 月 日

注意事項

- この証は、大切に保管してください。
- 診療等を受けるときは、加入医療保険証にこの証を添えて、医療機関窓口に出してください。また、医療保険の限度額適用認定証や標準負担額減額認定証がある場合は、併せて提出してください。
- 医療機関窓口では一部負担金をお支払いください。
 小学校就学前児童は下記の一部負担金はすべて無料です。
 ・入院…1日 1,200円
 ・通院…1回 530円 (同一医療機関で月4回目まで)
 ・調剤…無料 ・訪問看護…1日 250円
- 保険外の医療費等は助成の対象となりません。
- この証は、県外の医療機関では使用できません。
 県外で受診し、一部負担金を超えて支払った場合は、後日、指定口座に振り込みますので、領収書、印鑑及び振込口座がわかるものをお持ちの上、市へ申請してください。
- 住所・氏名・加入医療保険の内容に変更が生じた場合は、速やかに市へ届け出てください。
- 受給資格を喪失するとき(市外へ転出、他制度で医療費が助成されるときなど)はこの証を添えて、市へ届け出てください。

※平成30年9月には、対象者に上記様式の受給資格証を送付する予定です。

小学校就学後の児童については、従前の受給資格証を利用します。再交付等により新様式の受給資格証が交付される時は、無償化対象ではないため一部負担金公費負担者番号の欄は「*****」と表示されます。