

事務連絡
平成21年12月21日

医療機関各位

茨木市市民生活部高齢医療課

市負担分（公費番号なし）の老人医療証の取り扱いについて

平素は、本市の福祉医療行政にご協力、ご支援を賜り厚くお礼申し上げます。

市負担分の老人医療証をお持ちの方については、自己負担分（3割分）から一部自己負担額を除いて、市へ請求（毎月翌月10日までに）していただきますようお願いいたします。（調剤薬局は一部自己負担額なし）

お手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

◆ 平成20年4月1日から入院・通院別、医科、歯科別に、それぞれ3割に相当する金額を、1日500円まで月2日を限度として本人に請求してください。（調剤薬局は一部自己負担額なし）


※3割分が500円に満たない場合は、満たない額が本人の自己負担となります。

◆ 入院で医療費が高額になる場合、老人医療の助成範囲は自己負担限度額までとなります。

限度額適用認定証の提示がある場合は、記載された区分の自己負担限度額と一部自己負担額の差を請求してください。

限度額適用認定証の提示がない場合は、一般の自己負担限度額（80,100円）と一部自己負担額の差を請求してください。

市負担分 老人医療証のみほん

市負担分		老人医療証	
対象者番号			
対象者	居住地	茨木市	
	氏名	
	生年月日	年 月 日	男 女
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
発行機関名 及び印	大阪府 茨木市長		
交付年月日	年 月 日		

お問い合わせは、下記にお願いいたします。
茨木市 市民生活部高齢医療課
茨木市駅前三丁目8番13号
直通電話 072-620-1630

(この証は、茨木市・摂津市以外では使えません。)

茨木市老人医療費 請求書

医療機関番号【 〇〇〇〇〇〇〇〇 】

医療証番号	患者氏名	診療年月	診療日数	保険診療点数 内訳			負担割合	保険診療額 (3割分・ 四捨五入しない) A	一部自己負担額 (患者が負担した額) B	請求額 (3割から一部自己 負担を控除した額) A-B	入院・歯科の み種別記入
				1日目	2日目	総点数					
7654321	茨木太郎	〇〇年4月	〇〇日	点	点	点	1. 2. 3	円	円	A-B 円	
8765432	茨木花子	〇〇年5月	〇日	点	点	点	1. 2. 3	円	円	A-B 円	
		年 月	日	点	点	点	1. 2. 3	円	円	円	
		年 月	日	点	点	点	1. 2. 3	円	円	円	

「診療日数」が1日の場合は「保険診療点数 内訳」欄の「総点数」を記載してください。

「診療日数」が2日以上になる場合は、「保険診療点数 内訳」欄に、1日目と2日目の点数の内訳と、総点数を記載してください。

★ 一部自己負担額について（平成16年11月1日から実施）
（調剤薬局を除く）

◎ 入通院それぞれ3割に相当する金額を1日500円まで月2日を限度として本人に請求してください。

※ 3割分が500円に満たない場合は、満たない額が本人負担となります。

※ 歯科診療と歯科診療以外（医科）の診療を併せて行う医療機関では、歯科と医科をそれぞれ一部自己負担額を本人に請求してください。

★ 調剤薬局につきましては、一部自己負担額は必要ありませんが、この用紙をお使いください。

★ 請求書はコピーをして利用可です。


上記のとおり請求いたします。
茨木市長 様

_____年 _____月 _____日

医療機関 所在地 _____
名 称 _____
代表者名 _____ 印 _____
電話番号 _____

※この請求書は、市制度の老人医療証（公費負担者番号なし）をお持ちのかたの請求書です。
 ※毎月10日締め切りで、月末に振込いたします。振込は医療費と手数料を別々に振り込みます。
 ※この請求書の控えは、コピーをとって保存してください。
 ※茨木市に銀行登録をしていない医療機関がありましたら、ご連絡ください。

未書

市負担分		老人医療証	
対象者番号			
対象者	居住地	茨木市	
	氏名	-----	
	生年月日	年 月 日	男 女
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
発行機関名 及び印	大阪府 茨木市長		
交付年月日	年 月 日		

未書

(この証は、茨木市・摂津市以外では使えません。)

ご 注 意

1. この証は、本人以外では使えません。
2. 診療などをお受けになるときは、保険証といっしょに必ず医療機関などの窓口にお示しください。
3. この証は、茨木市・摂津市以外の医療機関では使用できません。
4. 転出したり、社会保険の本人になったり生活保護を受けるようになったときは、この証は使えなくなりますからお返しください。
5. 住所などの変更があったときや、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、お届けください。
6. 有効期限を経過したときは、この証は使用できませんのでお返しください。