

医療機関 各位

小松島市健康増進課長

小松島市乳幼児等医療費助成事業について（お知らせ）

平素は小松島市乳幼児医療費助成事業にご理解・ご協力いただきお礼申し上げます。さて、小松島市では平成18年10月1日から、助成対象年齢を7歳未満児まで引き上げ、新制度で実施いたします。

対象年齢拡大分についても現物給付といたしますが、3歳から6歳児の通院、6歳児の入院には、1レセプトにつき600円の自己負担があります（調剤は600円自己負担の対象外です）。3～5歳児、6歳児用の受給者証の裏面に自己負担金領収記録欄がありますので、必要に応じてお使いください（この欄に記載する場合は領収印の押印をお願いします）。

つきましては、請求事務手続き等お取りはからいいただきますよう御協力をよろしくお願い申し上げます。

※入院時の食費は、この制度の助成対象ではありません。

※重度心身障害者等医療費助成の受給者は、重度医療優先となります。

※母子家庭医療費助成の受給者の入院については、母子医療優先となります。

受診時に医療機関の窓口で提出するもの

国民健康保険の加入者

（0歳～6歳児）…保険証と受給者証

被用者保険（社会保険）等の加入者

（0歳～6歳児）…保険証と受給者証と、乳幼児等医療費請求書

	入院	通院
6歳	自己負担金あり	
5歳		
4歳		
3歳		
2歳		
1歳	自己負担金なし	
0歳		

	0～2歳児	3～5歳児	6歳児
年齢	満3歳の誕生日の前日が属する月の末日までの間（①）	①の翌月初日から満6歳の誕生日の前日が属する月の末日までの間（②）	②の翌月初日から満7歳の誕生日の前日が属する月の末日までの間（③）
受給者証	クリーム色	ピンク色	ピンク色
医療費請求書	国保加入者はなし 社保加入者：クリーム色	国保加入者はなし 社保加入者：ピンク色	国保加入者はなし 社保加入者：ピンク色

お問い合わせは  
小松島市 健康増進課 老人保健係  
TEL（0885）32-2113

見  
本

乳

乳幼児等医療費請求書 (被用者保険分)

XXXX 年 月 日

小松島市長 殿

		医 1	歯 3	調 4		
点数表別						
負担者番号	4 5 3 6 0 0 3 9	医療機関 コード				
XXXX 年 月分		所在地 (〒)				
下記のとおり請求します。		名 称				
		開設者氏名 <span style="float: right;">印</span>				
受給者氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	乳幼児等医療費 受給者番号	9 9 9 9 9 9 9			
乳幼児等氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	被保険者証記号番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
生年月日	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXX			
有効期限	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	保 險 者 名	XX			
保険種別	被 用 者 保 険					備 考
	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共					高額療養費区分
保険負担割合	8 ・ 7 ・ そ の 他 割					高 ・ 長 ・ 非 高
区 分	日数 (回数)	点数 (金額)	他方負担点数	乳幼児等医療費請求額		
請 求	入院	日	点	点	円	
	入院外					
※ 決 定	入院					
	入院外					

注 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。  
診療を行った翌月10日までに国保連合会へご請求ください。

見本

様式 第3号-2

3歳以上7歳未満

乳 乳幼児等医療費請求書 (被用者保険分)

XXXX 年 月 日

小松島市長 殿

点数表別		医 1	歯 3	調 4		
負担者番号	4 5 3 6 0 0 3 9	医療機関 コード				
XXXX 年 月分		所在地 (〒) 名 称				
下記のとおり請求します。		開設者氏名				印
受給者氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	乳幼児等医療費 受給者番号	9 9 9 9 9 9 9			
乳幼児等氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	被保険者証記号番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
生年月日	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXX			
有効期限	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	保 険 者 名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
保険種別	被 用 者 保 険			備 考		
	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共			高 額 療 養 費 区 分		
保険負担割合	8 ・ 7 ・ そ の 他 割			高 ・ 長 ・ 非 高		
区 分	日 数 (回数)	点数 (金額)	他方負担点数	自己負担金 600円	乳幼児等医療 費請求額	
請 求	入院	日 点	点	円	円	
	入院外					
※ 決 定	入院					
	入院外					

注 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。  
 診療を行った翌月10日までに国保連合会へご請求ください。  
 600円の自己負担金は、通院は3歳から6歳、入院は6歳のみ。  
 調剤薬局は、600円の自己負担金はありません。

① 乳幼児等医療費受給者証

公費負担者番号

45360039

受給者番号

受 住 所

給 ふりがな  
者 氏 名

生年月日

乳 ふりがな  
幼 氏 名  
児

生年月日

有効期間

年 月 日

小 松 島 市 長



## 受給者のみなさんへ

1. この証は、徳島県内の保険医療機関等で保険の自己負担分(入院時食事療養費分を除く。)を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。
2. 保険医療機関等で診療を受ける場合は被保険者証(又は組合員証)にこの証を添えて、必ず窓口へ提出してください。
3. 入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)については、市からの払い戻しはありません。
4. 有効期間を経過したりその他受給資格を失ったときは、この証は使用できませんから、すみやかに市長に返還してください。また、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。
5. 氏名、居住地及び保険証の内容等に変更があったときは14日以内に市長にその旨を届け出てください。

## 医療機関の方へ

1. この証を持参している方は、乳幼児等医療費助成事業の給付対象者で、入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を除く医療保険の自己負担分が市より助成されます。
2. この証を持参している方に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を領収し、それ以外の自己負担分については、国保連合会等へ請求手続きを行ってください。

受給者のみなさんへ

- この証は、徳島県内の保険医療機関等で保険診療を受ける場合、  
通院：1ヶ月、1医療機関(1科)あたり600円までの自己負担金  
入院：入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)  
を支払うことで受診することができる証ですから大切に保持して  
ください。
- 保険医療機関等で診療を受ける場合は被保険者証(又は組合員証)  
にこの証を添えて、必ず窓口に提出してください。
- 入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)については、市から  
の払い戻しはありません。
- 有効期間を経過したりその他受給資格を失ったときは、この証は  
使用できませんから、すみやかに市長に返還してください。また、  
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。
- 氏名、居住地及び保険証の内容等に変更があったときは14日以内  
に市長にその旨を届け出てください。

医療機関の方へ

- この証を持参している方は、乳幼児等医療費助成事業の給付対象  
者で、医療保険の自己負担金のうち、  
○通院：1レセプト600円までを除く医療保険の自己負担分が市  
より助成されます。  
○入院：入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を除く医療  
保険の自己負担分が市より助成されます。
- この証を持参している方については、  
○通院時には1レセプト600円まで  
○入院時には入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を窓口  
で領収し、それ以外の自己負担分については、国保連合会等へ  
請求手続きを行ってください。

乳 乳幼児等医療費受給者証

公費負担者番号

45360039

受給者番号

受 住 所

給 ふりがな  
者 氏 名

生年月日

乳 ふりがな  
幼 氏 名  
児 名

生年月日

有 効 期 間

自己負担額

通院1レセプト600円まで

年 月 日

小 松 島 市 長



受給者証 番号		受給者氏名	
------------	--	-------	--

通院時 一部自己負担金(600円)領収記録

医療機関名	診療年月日	領収額(円)	備考

受給者証 番号		受給者氏名	
------------	--	-------	--

通院時 一部自己負担金(600円)領収記録

医療機関名	診療年月日	領収額(円)	備考

この欄は、医療機関が必要に応じてご自由にお使いください。

受給者のみなさんへ

- この証は、徳島県内の保険医療機関等で保険診療を受ける場合、  
通院：1ヶ月、1医療機関(1科)あたり600円までの自己負担金  
入院：①1ヶ月、1医療機関(1科)あたり600円までの自己負担金  
②入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)  
を支払うことで受診することができる証ですから大切に保持して  
ください。
- 保険医療機関等で診療を受ける場合は被保険者証(又は組合員証)  
にこの証を添えて、必ず窓口提出してください。
- 入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)については、市から  
の払い戻しはありません。
- 有効期間を経過したりその他受給資格を失ったときは、この証は  
使用できませんから、すみやかに市長に返還してください。また、  
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。
- 氏名、居住地及び保険証の内容等に変更があったときは14日以内  
に市長にその旨を届け出てください。

医療機関の方へ

- この証を持参している方は、乳幼児等医療費助成事業の給付対象  
者で、  
○通院：1レセプト600円までを除く医療保険の自己負担分が市  
より助成されます。  
○入院：1レセプト600円と入院時食事療養費の自己負担金(標準  
負担額)を除く医療保険の自己負担分が市より助成され  
ます。
- この証を持参している方については、  
○通院時には1レセプトあたり600円まで  
○入院時には1レセプトあたり600円と入院時食事療養費の自己  
負担金(標準負担額)を窓口で領取り、それ以外の自己負担分  
については国保連合会等へ請求手続きを行ってください。

乳 乳幼児等医療費受給者証

公費負担者番号

45360039

受給者番号

受 住 所

給 ふりがな  
者 氏 名

生年月日

乳 ふりがな  
幼 氏 名  
児 名

生年月日

有 効 期 間

自己負担額

入院・通院ともに1レセプト600円まで

年 月 日

小 松 島 市 長





受給者証 番号		受給者氏名	
------------	--	-------	--

一部自己負担金(600円)領収記録

医療機関名	入・通	診療年月日	領収額(円)	備考

受給者証 番号		受給者氏名	
------------	--	-------	--

一部自己負担金(600円)領収記録

医療機関名	入・通	診療年月日	領収額(円)	備考

この欄は、医療機関が必要に応じてご自由にお使いください。