

平成18年9月

医療機関 各位

小松島市健康増進課長

小松島市重度心身障害者等医療費
助成事業について（お知らせ）

平素は小松島市重度心身障害者等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月診療分から、入院時の食事代（自己負
担分）が助成対象外となります。また、母子医療（入院のみ）におきましては、
所得制限が児童扶養手当支給対象者まで緩和されます。

新しくなった受給者証や認定書、医療費助成申請書を見本としてお渡ししま
すので、請求事務手続き等お取りはからいいただきますようご協力をよろしく
お願い申し上げます。

- ※ 使用優先順位は、1. 重度医療 2. 母子医療 3. 乳児医療となりますので、
注意して下さい。
- ※ 例えば、乳児医療の受給者証をお持ちの方が母子医療認定となった場合、外
来請求は乳児医療、入院請求は母子医療となります。

お問い合わせは

小松島市横須町1番1号

小松島市 健康増進課 老人保健係

Tel 0885-32-2113



㊦ 重度心身障害者等医療費請求書

(被用者保険分)

平成 年 月 日

小松島市長 殿		点数表別	甲	乙	歯	調	
			1	2	3	4	
負担者番号	46360038	医療機関 コード					
平成 年 月分		所在地 (〒)					
下記のとおり請求します		名称					
		開設者氏名 印					
受給者氏名		㊦ 受給者証			被保険者証		
		記号	番号		記号	番号	
男女		3					
大正 昭和 平成 年生		保険者名					

保険種別	被用者保険				備考 (薬剤一部負担額の内訳) 円 × 日
	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共				
保険負担割合	9 ・ 8 ・ 7 ・ その他 割				
高額療養費	高 ・ 長 ・ 非高				
区分	日数 (回数)	点数 (金額)	薬剤一部負担額	他方負担点数	重度心身障害者等医療費請求額
請求	入院	日	点	*****	円
	入院外			円	
※ 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



㊦ 重度心身障害者等医療費請求書

(被用者保険分)

平成 年 月 日

小松島市長 殿		点数表別	甲	乙	歯	調	
			1	2	3	4	
負担者番号	4 6 3 6 0 0 3 8	医療機関 コ ー ド					
平成 年 月分		所在地 (〒)					
下記のとおり請求します。		名称					
		開設者氏名	印				
受給者氏名		㊦ 受給者証		被保険者証			
		記号	番号		記号	番号	
男 女		3					
大正 昭和 平成		年生	保険者名				

保険種別	被用者保険				備考
	政・組・船・共				
保険負担割合	9・8・7・その他 割				円 × 日
高額療養費	高・長・非高				
区分	日数(回数)	点数(金額)	薬剤一部負担額	他方負担点数	重度心身障害者等医療費請求額
請求	入院	日	点	*****	点 円
	入院外			円	
※ 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。

入院 重度心身障害者等医療費受給者証
 (母子家庭の母等用) 入院に限る

公費負担者番号 4 6 3 6 0 0 3 8

記 号 (重) 徳-3 番 号

受給者(母等) 居住地
 氏 名
 生年月日

受給対象者氏名	性別	受給者の 関係	生年月日	有効期間
		本人		

見本

発行機関名 及び 印 徳島県 小松島市長

交付年月日

受給者のみなさんへ

1. この証は、徳島県内で入院する場合に、保険医療機関等で保険医療の自己負担分(入院時食事療養費分又は入院時生活療養費分を除く。以下同じ。)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下さい。
2. 保険医療機関等において入院する場合は、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下さい。
3. 徳島県外の保険医療機関等で入院する場合は、自己負担分を支払い、療養費支給済証明書(又は領収書)を発行してもらい、市長に申請して下さい。
4. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返して下さい。
5. 氏名、居住地等に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出て下さい。
6. 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日以内に市長にその旨を届け出て下さい。
7. この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは再交付を受けて下さい。
8. 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から、速やかに市長に返して下さい。
9. 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ます。

医療機関の方へ


1. この証を持参している者は、医療保険の自己負担分を市より助成される対象者です。
2. この証を持参している者に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担金(標準負担金)以外の自己負担分は従来と同様に国保連合会へ請求手続きを行って下さい。

医療機関の方へ

1. この証を持参している者は、老人保健法による自己負担金（入院時食事療養費又は入院時生活療養費の標準負担額を除く。以下同じ。）を市より助成される対象者です。
2. この証を持参している者から、老人保健法による自己負担金を受領した場合には、この証の裏面に受領証明をして下さい。

重一保

重度心身障害者等医療費受給者証
 （老人保健法適用者分）

記号	重 徳-3	番号	
受給者	居住地	見本	
	氏名		
	生年月日		
有効期限			
発行機関名 及び印		徳島県 小松島市長 <div style="float: right; margin-top: 10px;">  </div>	
交付年月日			

療養費分記載欄

受給者証 記号番号				受診者 氏名			
療養給付記録（外来・入院）							
医療機関記入欄						市町村記入欄	
医療 機関名	区分	受診月 外来又は 入院日数	診療報酬 点数	一部 負担金 (本人負担額)	受領印	確認 年月日	担当 者印
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						

受給者のみなさんへ

1. この証は、老人保健法による医療を受けた際に支払った自己負担金（入院時食事療養費又は入院時生活療養費の標準負担額を除く。以下同じ。）を、市で払戻ししてもらうために必要ですから、大切に保持して下さい。
2. 保険医療機関等で自己負担金を支払った場合には、この証を窓口へ提出し、受領証明をしてもらって下さい。
 受領証明のない自己負担金は、市で払戻しを受けることができませんので、注意して下さい。
3. 保険医療機関等で支払った自己負担金を、市へ請求するときは、重度心身障害者等医療費請求書（㊟用）にこの証を添えて、市窓口へ請求して下さい。
4. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返して下さい。
5. 氏名、居住地等に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出て下さい。
6. 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日以内に市長にその旨を届け出て下さい。
7. この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けて下さい。
8. 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から、速やかに市長に返して下さい。
9. 不正にこの証を使用した者は、刑法より詐欺罪として懲役の処分を受けます。

※ 裏面の事項についてご注意下さい。

療養費分

受給者証 記号番号		受診者 氏名					
療養給付記録（外来・入院）							
医療機関記入欄						市町村記入欄	
医療 機関名	区分	受診月 外来又は 入院日数	診療報酬 点数	一部 負担金 (本人負担額)	受領印	確認 年月日	担当 者印
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						

受給者証 記号番号		受診者 氏名					
療養給付記録（外来・入院）							
医療機関記入欄						市町村記入欄	
医療 機関名	区分	受診月 外来又は 入院日数	診療報酬 点数	一部 負担金 (本人負担額)	受領印	確認 年月日	担当 者印
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						
	外・入						

※ 療養給付記録欄の区分欄については、外（外来）又は入（入院）のどちらかに○を記入して下さい。
 なお、各欄については、診察月ごとに記入して下さい。

入院 重度心身障害者等医療費受給者証
 (母子家庭の母等用) 入院に限る

公費負担者番号 4 6 3 6 0 0 3 8

記 号 (重) 徳-3 番 号

受給者(母等) 居住地
 氏 名
 生年月日

受給対象者氏名	性別	受給者の係 と 関	生年月日	有効期間
		本人		

見
本

発行機関名 及び 印 徳島県 小松島市長

交付年月日

受給者のみなさんへ

1. この証は、徳島県内で入院する場合に、保険医療機関等で保険医療の自己負担分(入院時食事療養費分又は入院時生活療養費分を除く。以下同じ。)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下さい。
2. 保険医療機関等において入院する場合は、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下さい。
3. 徳島県外の保険医療機関等で入院する場合は、自己負担分を支払い、療養費支給済証明書(又は領収書)を発行してもらい、市長に申請して下さい。
4. 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返して下さい。
5. 氏名、居住地等に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出て下さい。
6. 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日以内に市長にその旨を届け出て下さい。
7. この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは再交付を受けて下さい。
8. 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から、速やかに市長に返して下さい。
9. 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ます。

医療機関の方へ

1. この証を持参している者は、医療保険の自己負担分を市より助成される対象者です。
2. この証を持参している者に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担金(標準負担金)以外の自己負担分は従来と同様に国保連合会へ請求手続きを行って下さい。