

平成 29 年8月から

東かがわ市の医療費助成制度が変わります！

① 対象となる医療費

- ・ 子ども医療費助成制度
 - ・ ひとり親家庭等医療費助成制度
 - ・ 心身障害者等医療費助成制度
- の受給者の方です

② どのような変更がありますか？

- ★ 現在、一部負担金が発生している方は、一部負担金がなくなります。

○ ひとり親家庭等医療費	
入院	500円
入院外	250円
○ 心身障害者等医療費	
入院	500円
入院外	250円

平成 29 年8月受診分
から一部負担金が0円にな
ります。

- ★ 東かがわ市・さぬき市の実施医療機関にて窓口負担が不要になります。

平成 29 年度8月受診分から、東かがわ市およびさぬき市の実施医療機関では、保険が適用になる医療費について窓口負担が不要になります。
※対象にならない方や医療費もあります。

注意！

- ・ 入院に係る医療費や、70歳以上の方および後期高齢者医療制度の被保険者の方の医療費に関しては、これまで通り医療機関の窓口で立替払いが必要です。
- ・ 保険適用外の医療費については支払いが必要です。
(例) 検査料、薬の容器代、文書料など

【問合先】

東かがわ市役所 保健課 国保医療グループ
☎ (0879) - 25 - 1229

* 心身障害者等医療費助成 *

対象となるのは.....

東かがわ市に住民票があり、医療保険加入者で、以下のいずれかの手帳の交付を受けている方。

① 身体障害者手帳（1～4級）

※ただし、新規対象者については、65歳未満で心身障害者等になった方に限ります。なお、現在受給資格を有している方は、65歳以降も要件を満たしていれば継続して受給できます。

② 療育手帳 ③ 戦傷病者手帳

（所得要件）所得制限を超えている方は、対象となりません。

※所得は、本人及び扶養義務者で判定し、所得の審査は1年更新です。

助成の範囲は.....

病院等の窓口で支払う保険診療の自己負担分が対象になります。したがって、保険給付の対象とならない医療費（例えば入院時の差額室料等）は対象外です。

お医者さん等にかかるときは.....

⚠ 東かがわ市・さぬき市内の現物給付実施医療機関（医科、歯科、調剤など）受診の際、【福祉医療受給者証】と保険証提示により窓口での医療費支払が不要になります。ただし、以下の場合は、一度窓口で支払い、後日、市に申請する必要があります。

- ① 70歳以上の方及び後期高齢者医療制度の被保険者の方
- ② 現物給付を実施する医療機関以外での受診
- ③ 入院に係る医療費や、高額療養費に該当するとき

● 立替払い分の請求方法

診療を受けた医療機関で1か月単位で【医療費支給申請書】に証明を受け、市役所に提出してください。※申請書は、市役所に置いてあります。または、市のHPから印刷してご利用してください。※郵送での申請も可能です。

● 自己負担金について

平成29年8月診療分から自己負担金がなくなります。

※平成29年7月診療以前の申請については、区分Bの方は、自己負担額を差引いた額を支給します。 外来250円・入院500円



- ◎ 高額療養費 該当分は、加入している保険者へ請求してください。
- ◎ 高額療養費 及び 治療用器具 等の療養費に該当する場合は、加入している保険者からの「支給決定又は不決定の通知書」等を添付してください。
- ◎ 学校の管理下における傷病の場合は、学校で加入しているスポーツ振興組合の災害共済給付制度が優先になります。学校を通して申請してください。
（審査基準に該当しなかった場合や医療費の自己負担額（保険診療分）が1,500円未満だった場合などは、後日「医療費支給申請書」を提出すれば、医療費が還付されます。

請求期間は.....

- 診療月の翌月から5年以内です。
- 医療費申請書の受付締切日は、毎月末日です。

支払いは.....

原則、請求した月の翌月の28日に指定の口座に振り込みます。

※後期高齢者医療制度の被保険者の方については診療月の4ヶ月後（28日が、土、日、祝祭日の場合は、原則翌営業日となります）

こんな時は、必ず手続きをしてください！

- ☆障害の程度が変わったとき
- ☆保険者、被保険者証の記載事項等が変わったとき
- ☆住所、氏名、口座等が変わったとき
- ☆資格要件を満たさなくなったとき

《送付先・連絡先》 〒769-2792 東かがわ市湊 1847 番地 1
東かがわ市役所 保健課 Tel.26-1229

立て替えて支払った場合の申請書の書き方

医療費支給申請書は、点線の部分を必ず記入してから医療機関に証明を受けてください。証明は、ひとつの病院及び調剤薬局につき1枚必要です。また、同じ医療機関であっても月ごとに証明を受けてください。

受給者証見本

福祉医療受給者証							
公費負担者番号	*	*	*	*	*	*	*
受給者番号	2	0	*	*	*	*	*
受給者	住所	東かがわ市△△△123番地					
	氏名	□□□ □□□					
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日					
有効期限	平成〇〇年〇〇月〇〇日 から 平成〇〇年〇〇月〇〇日 まで						
交付年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日						
発行機関及び印	東かがわ市長 印						

申請書見本

- 子ども
- 心身障害者
- ひとり親

チェック

医療費支給申請書

受給者	受給資格者証番号	2	0	*	*	*	*	*
	区分							
	住所							
	氏名							
被保険者氏名	生年月日							
	氏名							

東かがわ市長 殿

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担金の証明

年 月分	1医科	3調剤	1社保	3後期	負担割合		
	2歯科		2国保		1割	2割	3割

申請者の氏名・押印が記入されていない場合は、受付できません！必ず記入してください。

★平成29年7月以前の診療分の請求については旧受給者証 **重心** 資格者証の区分欄に記載する A または B を記入

区分	A または B
----	---------

* ひとり親家庭等医療費助成 *

対象となるのは

東かがわ市に住民票があり、いずれかの健康保険に加入している方で、

- ひとり親家庭等の児童を扶養している父又は母とその児童
 - 両親のいない児童 ● 両親のいない児童を扶養する配偶者のいない者
- ※児童の対象年齢は、満6歳になる年の年度初めから満18歳に達した日の属する年度末までです。

★ 所得制限を超えている方は対象となりません。
 ※所得は本人及び扶養義務者で判定し、所得の審査は1年更新です。

助成の範囲は

病院等の窓口で支払う保険診療の自己負担分が対象になります。したがって、保険給付の対象とならない医療費(例えば入院時の差額室料等)は対象外です。

お医者さん等にかかるときは

⚠ 東かがわ市・さぬき市内の現物給付実施医療機関(医科、歯科、調剤など)受診の際、【福祉医療受給者証】と保険証提示により窓口での医療費支払が不要になります。ただし、以下の場合は、一度窓口で支払い、後日、市に申請する必要があります。

- ① 70歳以上の方及び後期高齢者医療制度の被保険者の方
- ② 現物給付を実施する医療機関以外での受診
- ③ 入院に係る医療費や、高額療養費に該当するとき

● 立替払い分の請求方法

診療を受けた医療機関で1か月単位で【医療費支給申請書】に証明を受け、市役所に提出してください。※申請書は、市役所に置いてあります。または、市のHPから印刷してご利用ください。
 ※郵送での申請も可能です。

● 自己負担金について

平成29年8月診療分から自己負担金がなくなります。
 ※平成29年7月診療以前の申請については、区分Bの方は、自己負担額を差引いた額を支給します。 外来250円・入院500円



◎ **高額療養費** 該当分は、加入している保険者へ請求してください。

◎ **高額療養費** 及び **治療用装具** 等の療養費に該当する場合は、加入している保険者からの「支給決定又は不決定の通知書」等を添付してください。

◎ 学校の管理下における傷病の場合は、学校で加入しているスポーツ振興組合の災害共済給付制度が優先になります。学校を通して申請してください。

(審査基準に該当しなかった場合や医療費の自己負担額(保険診療分)が1,500円未満だった場合などは、後日「医療費支給申請書」を申請すれば、医療費が還付されます。

請求期間は

- 診療月の翌月から5年以内です。
- 医療費申請書の受付締切日は、毎月末日です。
(末日が、土、日、祝祭日の場合は、前営業日となります。)

支払いは

原則、請求した月の翌月の28日に指定の口座に振り込みます。
 ※後期高齢者医療制度の被保険者の方については診療月の4ヶ月後(28日が、土、日、祝祭日の場合は、原則翌営業日となります)

こんな時は、必ず手続きをしてください!

- ☆住所、氏名、口座等が変わったとき
- ☆保険者、被保険者証の記載事項等が変わったとき
- ☆資格要件を満たさなくなったとき

※受給者証は必ず市役所へお返しください

《送付先・連絡先》

〒769-2792 東かがわ市湊 1847 番地 1
 東かがわ市役所 保健課 TEL 26-1229

立て替えて支払った場合の申請書の書き方

医療費支給申請書は、点線の部分を必ず記入してから医療機関に証明を受けてください。証明は、ひとつの病院及び調剤薬局につき1枚必要です。また、同じ医療機関であっても月ごとに証明を受けてください。

受給者証見本

福祉医療受給者証							
公費負担者番号	*	*	*	*	*	*	*
受給者番号	3	0	*	*	*	*	*
受給者	住所	東かがわ市△△△123番地					
	氏名	□□□ □□□					
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日					
有効期限	平成〇〇年〇〇月〇〇日 から 平成〇〇年〇〇月〇〇日 まで						
交付年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日						
発行機関及び印	東かがわ市長 印						

申請書見本

- 子ども
 心身障害者
 ひとり親

チェック

医療費支給申請書

受給者	受給資格者証番号	3	0	*	*	*	*	*
	区分							
	住所							
	氏名							
	生年月日							
被保険者氏名								

平成 年 月 日

東かがわ市長 殿

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担金の証明

年	1 医科	3 調剤	1 社保	3 後期	負担割合		
月分	2 歯科		2 国保		1 割	2 割	3 割

申請者の氏名・押印が記入されていない場合は、受付できません！必ず記入してください。

★ 平成29年7月以前の診療分の請求については旧受給者証 **ひとり親** 資格者証の区分欄に記載する A または B を記入

区分	A または B
----	---------

* 子ども医療費助成 *

対象となるのは……

東かがわ市に住民票のある、小学生及び中学生（満15歳に達した日以後の最初の3月31日まで）で健康保険に加入しているお子様です。
※ただし、他の医療費助成制度の対象となる方は、その制度が優先されます。（心身障害者等医療費助成・ひとり親家庭等医療費助成）

助成の範囲は……

保険診療の自己負担分（3割）が対象になります。したがって、保険給付の対象とならない医療費（例えば入院時の差額室料、薬の容器代等）は対象外です。

お医者さん等にかかるときは……

⚠ 東かがわ市・さぬき市内の現物給付実施医療機関（医科、歯科、調剤など）受診の際、【福祉医療受給者証】と保険証提示により窓口での医療費の支払が不要になります。ただし、以下の場合は、一度窓口で支払い、後日、市に申請する必要があります。

- ① 現物給付を実施する医療機関以外での受診
- ② 入院に係る医療費や、高額療養費に該当するとき

○ 立替払い分の請求方法

診療を受けた医療機関で1か月単位で【医療費支給申請書】に証明を受け、市役所に提出してください。

※【医療費支給申請書】は、市役所の窓口にあります。
または、市のホームページからも印刷してご利用いただけます。
※郵送での申請も可能です。

注意!

- ◎ 高額療養費 該当分は、加入している保険者へ請求してください。
- ◎ 高額療養費 及び 治療用装具 等の療養費に該当する場合は、加入している保険者からの「支給決定又は不決定の通知書」等を添付してください。
- ◎ 学校の管理下における傷病の場合は、学校で加入しているスポーツ振興組合の災害共済給付制度が優先になります。学校を通して申請してください。（審査基準に該当しなかった場合や医療費の自己負担額（保険診療分）が1,500円未満だった場合などは、後日「医療費支給申請書」を提出すれば、医療費が還付されます。

請求できる期間は……

- ◎ 診療月の翌月から5年以内。（※平成27年4月診療分以降）
- ◎ 医療費申請書の受付締切日は、毎月末日です。
（末日が、土、日、祝日の場合は、前日となります。）

申請後の支払いは……

原則、申請した月の翌月の28日に指定の口座に振り込みます。
（28日が、土、日、祝日の場合は、翌営業日となります。）

こんな時は、必ず手続きをしてください!

- ◇ 住所、氏名、口座等が変わったとき
※受給者証は必ず市役所へお返しください
- ◇ 保険者、被保険者証の記載事項等が変わったとき
- ◇ 他の医療費助成制度に該当する方

《連絡先・送付先》

〒769-2792 東かがわ市湊1847番地1
東かがわ市役所 保健課 国保医療グループ TEL 26-1229

立て替えて支払った場合の申請書の書き方

医療費支給申請書は、点線の部分を必ず記入してから医療機関に証明を受けてください。証明は、ひとつの病院及び調剤薬局につき1枚必要です。また、同じ医療機関であっても月ごとに証明を受けてください。

記入の必要はありません

申請書見本

- 子ども
- 心身障害者
- ひとり親家庭

チェック

医療費支給申請書

受給者	受給資格者証番号	4	0	*	*	*	*	*	*
	区分								
	住所								
	氏名								
	生年月日								
被保険者氏名									

平成 年 月 日

東かがわ市長 殿

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担金の証明

年 月分	1 医科	3 調剤	1 社保	3 後期	負担割合		
	2 歯科		2 国保		1割	2割	3割

申請者の氏名・押印が記入されていない場合は、受付できません！必ず記入してください。

受給者証見本

福祉医療受給者証

公費負担者番号	*	*	*	*	*	*	*	*
受給者番号	4	0	*	*	*	*	*	*
受給者	住所	東かがわ市△△△123番地						
	氏名	□□□ □□□						
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日						
有効期限	平成〇〇年〇〇月〇〇日 から 平成〇〇年〇〇月〇〇日 まで							
交付年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日							
発行機関及び印	東かがわ市長 印							