


17 高健増第 2 5 5 号
平成 17 年 7 月 19 日

各保険医療機関 }
各保険薬局 } 様

高知県健康福祉部長


乳幼児医療費助成制度等の改正について(通知)

本県の母子保健福祉の推進につきましては、日ごろから格別の御高配を賜り厚く御礼を申し上げます。

乳幼児医療費助成制度については、これまで入院については就学前まで、通院については1歳未満を対象として(市町村によっては対象を拡大して)実施してきたところですが、このたび下記のとおり制度を改正し、これに併せて、母子家庭医療費助成制度についても改正することとなりました。

つきましては、事務手続きにおいて留意していただきますよう御理解と御協力をお願いいたします。

記

1 乳幼児医療費助成制度

- (1) 対象年齢の拡大・・・入院・通院ともに就学前まで
- (2) 自己負担の導入・・・公費負担番号の上2桁(法別番号)によって区分することとなります。
72-医療費の1割を公費負担
(窓口で自己負担分を請求する必要があります)
73・74・75-全額公費負担
- (3) 食事療養費の廃止・・・乳児・幼児ともに対象外
- (4) 受給者証の変更・・・別添のとおり。
- (5) 施行年月日・・・平成17年10月1日

※市町村ごとの助成内容の継ぎ足し

- ① (2) については、法別番号74及び75によって区分します。
- ② (3) については、償還払いの取扱いをすることとなります。
- ③ 医療費の自己負担額について他の医療費助成制度からの給付を受けることができる場合は、その受給額との差額を限度として本制度を適用します。

ただし、法別番号72については、他の医療費助成制度からの受給額が医療費の1割以上である場合、本制度の適用はありません。

【担当；健康増進課 母子保健担当 寺川・西岡

TEL088-823-9676 FAX088-873-9941】

2 母子家庭医療費助成制度

- (2) 食事療養費の廃止
- (2) 施行年月日・・・平成17年10月1日

【担当；児童福祉課 母子福祉担当 久保・織田

TEL088-823-9676 FAX088-823-9658】

乳幼児医療費受給者証

様式別	法別番号	公費負担	公費負担割合		備 考
			県	市町村	
第3-4号	72	医療費の1割	1/2	1/2	幼児の課税世帯のうち所得制限を越えないもの
第3-5号	73	全額 (自己負担分)	1/2	1/2	乳児又は非課税世帯
第3-6号	74	同上	1/6 (3歳以上) 1/4 (3歳未満)	5/6 (3歳以上) 3/4 (3歳未満)	市町村が継ぎ足し助成するもの
第3-6-2号 (入院用)	74	同上	同上	同上	
第3-7号	75	同上	—	全額	市町村が全額助成するもの
第3-7-2号 (入院用)	75	同上	—	全額	


※旧乳幼児医療費受給者証については、平成17年10月1日から使用できなくなります。

(公費負担番号の上2桁が45及び48であるもの)

※改正後の乳幼児医療費助成制度にあつては、受給者証の提示によって受給資格を証明することができることとします。

表

オレンジ色 (サイズ 13cm×9cm)

 乳幼児医療費受給者証		医療機関 提出用		公費負担番号				7	2	3	9				
				受給者番号											
受給者	住所	高知県													
	氏名										男・女				
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日													
公費助成割合		1割													
有効期限		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで													
発行機関名及び印		高知県													
交付年月日		平成 年 月 日				通知番号				第 号					

※医療費の1割公費負担(受給権者の所得が所得制限限度額を越えない者で乳児・非課税世帯を除く)
公費負担割合

県 1/2 ・ 市町村 1/2

裏

(注 意 事 項)


- この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、保険給付の対象となる医療費の1割の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口へ提示してください。
- 受給者の資格がなくなったとき又は有効期限を経過したときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。
- 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

(保険医療機関へのお願い)

- この証での公費助成は、保険給付の対象となる医療費の1割です。
- 他の法令による公費助成の適用を受ける傷病については、その保険給付の対象となる医療費は対象外となります。
- 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「乳幼児福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。
- 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

表

若草色 (サイズ 13cm×9cm)

 乳幼児医療費受給者証		医療機関 提出用		公費負担番号				7	3	3	9				
				受給者番号											
受給者	住所	高知県													
	氏名										男・女				
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日													
有効期限		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで													
発行機関名及び印		高知県													
交付年月日		平成 年 月 日				通知番号				第 号					

※全額公費負担(乳児・非課税世帯用)

公費負担割合

県 1/2
市町村 1/2

裏

(注 意 事 項)

- この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口へ提示してください。
- 受給者の資格がなくなったとき又は有効期限を経過したときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。
- 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

(保険医療機関へのお願い)

- 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「乳幼児福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。
- 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

※全額公費負担（受給権者の所得が所得制限を越えない者で乳児・非課税世帯を除く）

公費負担割合

（3歳未満） 県 1/4 市町村 3/4


（3歳以上） 県 1/6 市町村 5/6

様式第3-6号

表

裏

もえぎ色（サイズ13cm×9cm）

 乳幼児医療費受給者証		医療機関 提出用							
				公費負担番号	7	4	3	9	
受給者番号									
受給者	住所	高知県							
	氏名							男・女	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
発行機関名 及び印	高知県								
交付年月日	平成 年 月 日			通知番号 第 号					

（注 意 事 項）

- この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口へ提示してください。
- 受給者の資格がなくなったとき又は有効期限を経過したときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。
- 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

（保険医療機関へのお願い）

- 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「乳幼児福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。
- 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

※ 入院のみ該当する場合は

入院用と表示すること

※全額公費負担（受給権者の所得が所得制限を越えない者で乳児非課税世帯を除く）

公費負担割合

（3歳未満） 県 1/4 市町村 3/4


（3歳以上） 県 1/6 市町村 5/6

様式第3-6-2号

表

裏

もえぎ色（サイズ13cm×9cm）

 乳幼児医療費受給者証		入院用		医療機関 提出用					
						公費負担番号	7	4	3
受給者番号									
受給者	住所	高知県							
	氏名							男・女	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
発行機関名 及び印	高知県								
交付年月日	平成 年 月 日			通知番号 第 号					

（注 意 事 項）

- この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、入院医療費の自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口へ提示してください。
- 受給者の資格がなくなったとき又は有効期限を経過したときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。
- 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

（保険医療機関へのお願い）


- 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。
- 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

※全額公費負担（受給権者の所得が所得制限を越える者で乳児を除く）
公費負担割合
全額市町村負担

様式第3-7号

表

藤色（サイズ13cm×9cm）

 乳幼児医療費受給者証		医療機関 提出用							
				公費負担番号	7	5	3	9	
受給者番号									
受給者	住所	高知県							
	氏名							男・女	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
発行機関名 及び印	高知県								
交付年月日	平成 年 月 日			通知番号 第 号					

裏

(注 意 事 項)

- この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口に表示してください。
- 受給者の資格がなくなったとき又は有効期限を経過したときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。
- 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

(保険医療機関へのお願い)

- 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「乳幼児福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。
- 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。


※入院のみ該当する場合は
入院用と表示すること

※全額公費負担（受給権者の所得が所得制限を越える者で乳児を除く）
公費負担割合
全額市町村負担

様式第3-7-2号

表

藤色（サイズ13cm×9cm）

 乳幼児医療費受給者証 入院用		医療機関 提出用							
				公費負担番号	7	5	3	9	
受給者番号									
受給者	住所	高知県							
	氏名							男・女	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
発行機関名 及び印	高知県								
交付年月日	平成 年 月 日			通知番号 第 号					

裏

(注 意 事 項)

- この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、入院医療費の自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口に表示してください。
- 受給者の資格がなくなったとき又は有効期限を経過したときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。
- 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

(保険医療機関へのお願い)

- 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「乳幼児福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。
- 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

乳幼児医療費現物支給体系図

