

様式第10号(第5条関係)
その1の3

(表)

子		子ども医療費受給者証	
公費負担者		受給者	
番号		番号	
受給者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで		
自己負担			
発行機関名 及 び 印	北海道美唄市長		公印
交付年月日	年 月 日		

(裏)

注 意 事 項	
1 この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際の一部負担金は、金額美唄市で助成します。 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の資格確認を受ける際に、この証を必ず窓口へ提出してください。 3 転出等により受給者の資格がなくなったときは、すみやかにこの証を市長に返還してください。 4 氏名、居住地、加入している健康保険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ください。 5 この証を破損又は紛失したときは、再交付を受けてください。 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。	
保険医療機関等の皆様へ	
① 3歳未満(3歳に到達する日の月の末日まで) 入通院ともに初診時は医療保険と公費90・91の併用で請求し、初診時一部負担金を公費①の一部負担金額に記載してください。再診時は医療保険と公費90の併用で請求してください。 ② 3歳以上の未就学児 【子課】の入通院は医療保険と公費90・91の併用で請求し、医療費の1割の金額を公費①の一部負担金額に記載してください。 【子初】の入通院は初診時は医療保険と公費90・91の併用で請求し、初診時一部負担金を公費①の一部負担金額に記載してください。再診時は医療保険と公費90の併用で請求してください。 ③ 小学生 【子課】【子初】の通院は医療保険と公費92の併用で請求してください。 【子課】の入院は医療保険と公費90・91の併用で請求し、医療費の1割の金額を公費①の一部負担金額に記載してください。 【子初】の入院は初診時は医療保険と公費90・91の併用で請求し、初診時一部負担金を公費①の一部負担金額に記載してください。再診時は医療保険と公費90の併用で請求してください。 ④ 中学生以上 入通院ともに医療保険と公費92の併用で請求してください。 ⑤ 区分に【子】と記載されている場合 上記①～④の年齢区分に関わらず、入通院ともに医療保険と公費92の併用で請求してください。	
※次の場合は、原則としてこの証は使用できません。 ・学校、保育園、幼稚園等での自傷や疾病の場合 ・就学援助の医療券の対象となる疾病の場合 ・交通事故等の第三者の行為による自傷や疾病の場合	