

様式第8号(第5条関係)
その1の1

(表)

障初		重度心身障がい者 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 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、この証の表面の自己負担分をお支払いください。ただし、18歳に到達する年度の末日(3月31日)までのお子さんについては、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45・46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45の併用で請求してください。 ② 3歳以上から18歳に到達する年度の末日(3月31日)まで 【障課】の入通院は医療保険と公費45・46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。 【障初】の入通院は初診時は医療保険と公費45・46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45の併用で請求してください。 ③ 18歳に到達する年度の末日(3月31日)以降 【障課】【老課】の入通院は医療保険と公費45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。 【障初】【老初】の入通院は初診時は医療保険と公費45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45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、幼稚園等での負傷や疾病の場合 ・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負傷や疾病の場合	