

福祉医療受給資格証の取扱いが変わります

子ども医療費受給資格証について

従来からの乳幼児医療費受給資格証に加え、平成22年8月診療分から、子ども医療費受給資格証の使用が開始されています。

	乳幼児医療費受給資格証	子ども医療費受給資格証																																																																																																																																																																																														
状況	従来通り、引き続き使用しています。変更はありません。	平成22年8月以降、希望された市町村で、使用が始っています。使用する市町村が増えます。																																																																																																																																																																																														
証見本	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; border-radius: 50%; margin-right: 5px;">乳幼</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">乳幼児医療費受給資格証</div> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">受給者</td> <td style="text-align: center;">住所</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">生年月日</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">から</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">まで</td> </tr> <tr> <td>発行機関名及び印</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="font-size: small;">(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。</td> </tr> </table>	公費負担者番号	7	1								受給者番号										受給者	住所									氏名									生年月日									有効期間			年	月	日	から		年	月	日	まで		発行機関名及び印											交付年月日			年	月	日						(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。												<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; border-radius: 50%; margin-right: 5px;">単</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">子ども医療費受給資格証</div> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">受給者</td> <td style="text-align: center;">住所</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">生年月日</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">から</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">まで</td> </tr> <tr> <td>発行機関名及び印</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="font-size: small;">(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。</td> </tr> </table>	公費負担者番号	7	1								受給者番号										受給者	住所									氏名									生年月日									有効期間			年	月	日	から		年	月	日	まで		発行機関名及び印											交付年月日			年	月	日						(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。											
公費負担者番号	7	1																																																																																																																																																																																														
受給者番号																																																																																																																																																																																																
受給者	住所																																																																																																																																																																																															
	氏名																																																																																																																																																																																															
	生年月日																																																																																																																																																																																															
有効期間			年	月	日	から		年	月	日	まで																																																																																																																																																																																					
発行機関名及び印																																																																																																																																																																																																
交付年月日			年	月	日																																																																																																																																																																																											
(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。																																																																																																																																																																																																
公費負担者番号	7	1																																																																																																																																																																																														
受給者番号																																																																																																																																																																																																
受給者	住所																																																																																																																																																																																															
	氏名																																																																																																																																																																																															
	生年月日																																																																																																																																																																																															
有効期間			年	月	日	から		年	月	日	まで																																																																																																																																																																																					
発行機関名及び印																																																																																																																																																																																																
交付年月日			年	月	日																																																																																																																																																																																											
(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。																																																																																																																																																																																																
区分	就学前(県基準)	就学後(市町村単独)																																																																																																																																																																																														
色	白	黄																																																																																																																																																																																														

子ども医療費受給資格証について、以下の市町村で使用を開始します。

	実施市町村	対象年齢	入・通院区分		
平成22年	8月	明日香村	中学校卒業まで	入・通院とも	実施済
		東吉野村			
	10月	黒滝村			
		天川村			
平成23年	1月	川上村	小学校卒業まで	入院のみ(※)	新規実施
		斑鳩町			
	4月	三郷町			
	8月	奈良市			
	8月	吉野町	中学校卒業まで	入院のみ(※)	

(※)入院のみ助成対象の場合、受給資格証に「**入院のみ**」と赤字で印字(またはゴム印)しています。通院には使用できません。
赤字「入院のみ」の印字(またはゴム印)がない場合、入通院ともに使用できます。

子ども医療費受給資格証についても、自己負担額支払明細書の作成をお願いいたします。

