

苓北町子育て支援医療費受給者証（附加）の変更についてお知らせ！

苓北町子育て支援医療の全額補助対象年齢が0歳から**中学校3年生まで**に拡大されることに伴って平成27年4月1日より苓北町子育て支援医療費受給者証（附加）の様式を変更します。

附加給付制度のある共済組合等に加入している方（平成27年4月診療分から適用）

【表面（新）】 色はピンク色

苓北町子育て支援医療費受給者証（附加）	
受給者証番号	
受給資格者	住所
	氏名
子ども	氏名
	生年月日
保険者	名称
	コード
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
交付年月日	平成 年 月 日
発行機関名 及び印	

【裏面（新）】 色はピンク色

この受給者証は、本来**児童**が医療機関で保険診療を受けた場合に負担する自己負担金を、保護者に代わって苓北町が支払うことを証明するものです。大切にお使い下さい。

注 意 事 項

- 対象年齢及び助成の範囲は以下のとおりです。
 - 0歳～**中学校3年生**（現物給付）
 - 保険診療による医療費の全額を助成します
 - 自己負担金を支払う場合
 - ア 町と契約していない医療機関で受診する場合
 - イ 加入している健康保険に附加給付制度がある場合
 - ウ 高額療養費に該当する場合
- 助成できないもの
健康保険の対象とならないもの（入院時の室料差額、予防接種、薬の容器代、交通事故等の医療費など）、入院時食事代
- 窓口で自己負担金を支払った場合、診療を受けた月の翌月以降1年以内に助成の申請手続きを行って下さい。
- この受給者証の内容に変更があった場合は、速やかに届け出て下さい。

お問い合わせ先 苓北町役場 子育て支援医療係 35-1111

【表面（旧）】 色はピンク色

苓北町子育て支援医療費受給者証（附加）	
受給者証番号	
受給資格者	住所
	氏名
子ども	氏名
	生年月日
保険者	名称
	コード
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
交付年月日	平成 年 月 日
発行機関名 及び印	

【裏面（旧）】 色はピンク色

この受給者証は、本来乳幼児等が医療機関で保険診療を受けた場合に負担する自己負担金を、保護者に代わって苓北町が支払うことを証明するものです。大切にお使い下さい。

注 意 事 項

- 対象年齢及び助成の範囲は以下のとおりです。
 - 0歳～小学6年生（現物給付）
 - 保険診療による医療費の全額を助成します
 - 自己負担金を支払う場合
 - ア 町と契約していない医療機関で受診する場合
 - イ 加入している健康保険に附加給付制度がある場合
 - ウ 高額療養費に該当する場合
 - 中学生（償還払い）
 - 保険診療による医療費の3分の2の額を助成します
- 助成できないもの
健康保険の対象とならないもの（入院時の室料差額、予防接種、薬の容器代、交通事故等の医療費など）、入院時食事代
- 窓口で自己負担金を支払った場合、診療を受けた月の翌月以降1年以内に助成の申請手続きを行って下さい。
- この受給者証の内容に変更があった場合は、速やかに届け出て下さい。

お問い合わせ先 苓北町役場 子育て支援医療係 35-1111