

別記第5号様式（その1）（第6条関係）

障課		重度心身障害者医療費受給者証	
公 負 担 者 番 号		受 給 者 番 号	
受 給 者	住 所		
	氏 名		男・女
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
有 効 期 限	年 月 日から 年 月 日まで		
発 行 機 関 名 及 び 印	北海道紋別郡興部町 興部町長		
交 付 年 月 日	年 月 日		

注 意 事 項

1. 北海道内の保険医療機関等で診療を受けるときは、必ず健康保険証と一緒にこの受給者証を窓口に提出してください。

2. 北海道外で受診した場合は、いったん自己負担額を支払い、領収書を添えて、後日、役場窓口で助成の手続きをしてください。

3. この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の負担金を支払ってください。（ただし、保険適用外は除く。）

【北海道基準】

診療費の1割に相当する額を支払ってください。ただし、月の負担上限額は次のとおりです。  
入院：57,600円

（ただし、過去12ヶ月以内に上記額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、  
44,400円とする。）

通院：18,000円

【（北海道基準）上乗せ基準】

18歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までの方については、次の初診時一部負担金を支払ってください。

①医科 580円 ②歯科 510円 ③柔道整復 270円

④訪問看護の場合 診療費の1割に相当する額（ただし、月の負担上限額は8,000円とする。）

4. 氏名、住所、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて、町長にその旨を届け出してください。

5. この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。

6. 次の場合は、この証を使用することはできませんので、速やかに役場窓口へお返しいただくか、細かく裁断して破棄してください。

(1) 興部町外へ転出したとき。

(2) 受給者の資格がなくなったとき。

(3) 有効期限を経過したとき。

7. 不正にこの証を使用した場合は、刑法により処分を受けます。また、助成金を返還していただきます。

【保険医療機関の皆様へ】

1. 3歳未満の者（3歳に達する日の月の月末まで）：医療保険と公費「4.5」の併用で請求し、保険請求は「保険欄」に、負担金は「公費①」負担金額欄に記載してください。

2. 3歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の翌月1日から18歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までの方：医療保険と公費「4.5」・「4.6」の併用で請求し、保険請求は「保険欄」に、医療保険1割相当額は「公費①」負担金額欄に、負担金は「公費②」負担金額欄に記載してください。