様式第４号(第４条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **特別医療費受給資格証 (重度心身等)** | | | | | | | | | | | |  | 注意事項  1　この証は、医療費の助成を受けることができる証ですので、大切に保管してください。  2　助成額は、医療費の本人負担額から一部負担金(ただし1医療機関（院外薬局を除く。）ごとに月額負担上限額まで。)を控除した額です。  なお、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。  3　自立支援医療にかかる受診の際は、「自立支援医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」を医療機関の窓口に提示し、一部負担金の有無にかかわらず、医療費の本人負担額を必ず管理票に記入してもらってください。  4　自立支援医療受給者証の「重度かつ継続」欄に該当と記載された方(高額治療継続者)は、その該当する自立支援医療の種類に限り、2にかかわらず、一部負担金は無料となります。  5　自立支援医療に該当する医療を受けることになった際は、必ず事前に市町村の窓口で自立支援医療（育成医療・更生医療・精神通院医療）の申請をしてください。 |
| 公費負担者番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 受給資格証記号番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 受給資格者 | 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | |
| 一部負担金 | |  | | | | | | | | | |
| 月額負担上限額 | | 入院 | | |  | | | | | | |
| 入院外 | | |  | | | | | | |
| 「重度かつ継続」 | | 自立支援医療の種類により無料(※注4) | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | 自  至 | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  (市町村長名)　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6　入院のときは、「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受け(交付申請先は各保険者)、医療機関の窓口で提示してください。  7　医療を受けようとするときは、この証と「被保険者証(退職者被保険者証含む。)」又は「共済組合員証」、社会保険各法による高齢受給者にあっては「高齢受給者証」、特定疾病(人工腎臓等)で医療を受ける方は「特定疾病療養受療証」とを必ず医療機関等の窓口に提示してください。  8　他の公費による医療費助成を受けられる場合は、それらの助成が優先適用されます。  　　また、保険医療の対象とならない医療費(例えば、交通費の差額、入院の場合のベッド差額、歯科の補綴制限を超えるもの等)及び入院時食事療養(生活療養)費標準負担額は助成の対象外ですので、自己負担となります。  9　県外の医療機関等で医療を受けるときは、この証は通用しませんので、医療費は直接医療機関等に支払をしてください。 |  | 10　9によって支払った医療費については、医療機関等から「領収書(保険医療に係る領収金額)」を受け取ってください。  　　これを、「特別医療費申請書」に添えて市町村に申請すると医療費の助成が受けられます。  11　この証を亡失又は損傷したときは、市町村に再交付を申請してください。  12　この証の記載事項及び加入している社会保険者名の変更があるとき、又は交通事故など第三者の行為によるけが等で受診するときは、すぐに市町村に届け出してください。  13　受給資格がなくなったとき(居住市町村から転出、生活保護を受けたとき、死亡したとき等)はすぐに市町村にこの証を返納してください。  14　有効期間を経過したときは、この証を使用することがきません。  15　いつわりその他不正の行為により助成を受けたときは、費用の返還をさせられることがあります。 |