

4-14

公費負担医療の有無について（問い合わせ）

- 国または地方自治体からの負担で、療養を受けている人は、県または市区町村役場および保健所等により、公費負担医療受給者証もしくは公費負担決定通知書を交付されます。
- このように法律に基づき公費負担が行われる場合は、健康保険と重複して給付されないよう、公費負担医療との調整規定があります。
- 当組合では助成されている人は分りますが、その内容についてまでは把握ができませんので、調査を行うことがありますのでご協力をお願いします。
- その際、内容の分かる書類（医療券など）の写しと調査用紙（調査時に配布します）を提出してください。

* 医療券の種類と例 *


公費負担番号の最初の2ケタが 80、81、51、52、10 など、または(親)、(母)、(障)、(乳)等の記号が医療券の左肩にあります。


例) 51 …特定疾患(難病)、10 …結核予防法、
(親)…ひとり親家庭、(乳)…乳幼児医療


公費を助成されているときは…当組合の規定により付加金等は支給しません。


4. 給付関係

医療証の例

(都) 医療券	
負担者番号	5 1
受給者番号	
対象者	住所
	氏名
	生年月日 昭和 年 月 日生
病名	
有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
助成内容	各種保険を適用し、その自己負担額
設定条件	
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日	
○○○知事 	

(福) 医療証	
負担者番号	4 1
受給者番号	
住所	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 男・女
有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
上記の者は、老人の医療費の助成に関する条例により、医療費の一部を××が助成するものであることを証明する。	
○○○知事 	
交付年月日 令和 年	

(乳) 乳児医療費受給資格者証	
記号番号	
受給資格者	氏名
	住所
乳児	氏名
	生年月日
有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
令和 年 月 日	
○○市長 	

(障) 心身障害者医療費受給者証	
負担者番号	8 0
受給者番号	
住所	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 男・女
有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
上記の者は、心身障害者の医療費の助成に関する条例により、医療費の一部を××が助成するものであることを証明する。	
○○○知事 	
交付年月日 令和 年	

4. 給付関係

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 親 </div>	ひとり親家庭等 医療証
住所	
氏名	
有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
次の受給者は、〇〇〇市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例により医療費の一部を〇〇〇市が助成するものであることを証明する。	
〇〇〇市長 <div style="display: inline-block; border: 2px solid red; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 〇〇〇 市長印 </div>	
交付年月日	令和 年 月 日

	〇〇〇知事 <div style="display: inline-block; border: 2px solid red; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 〇〇〇 知事印 </div>	
保健所名		令和 年 月 日 交付
公費負担者番号		
受給者番号		
受給者	氏名	性別 生年月日 昭和 年 月 日
	住所	
公費負担の内容	病名	精神保健法第32条該当疾病
	治療の種類	
	検査の種類	
	有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
担当医療機関	名称	
	所在地	