

ひとり親家庭等医療費受給者証(単票) ウラ

注 意 事 項

- 北海道内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保険医療機関等の窓口で提示し、表面の「自己負担」欄の表示に応じ、次の一部負担金を支払ってください。
(父と母は、入院及び指定訪問看護のみ適用)
(1)自己負担の欄に「1割」の表示がある場合
 - ① 医科、歯科、調剤、柔道整復、訪問看護の場合 1割に相当する額
 - ② ただし、1か月の限度額は、通院18,000円(年額上限有)、入院57,600円(過去12か月以内に3回以上限度額に達した場合は、4回目から44,400円)※「〇月末まで初診時一部負担金のみ」と表示がある場合は、〇月末まで(2)の例による。
※「入院は初診時一部負担金のみ」と表示がある場合は、入院のみ(2)の例による。
(2)自己負担の欄に「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合
 - ① 医科の場合 580円
 - ② 歯科の場合 510円
 - ③ 柔道整復の場合 270円
 - ④ 訪問看護の場合 療養費の1割(*月額上限有)
*月額上限額は、下記までお問い合わせください。(3)入院時の食事療養及び生活療養に係る費用(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額)は、自己負担になります。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 氏名、住所又は加入している医療保険に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 不正にこの証を使用した場合は、助成金を返還していただくこととなります。

この受給者証は、北海道外では使用できません。

(問合せ先) 江別市役所医療助成課 TEL: 011-381-1403

〈ご 案 内〉

1. 受診の際には医療費受給者証をご加入の健康保険証と共に医療機関に提示してください。
2. 世帯員の課税状況等に応じて一部負担金が必要になります。
3. 加入保険の変更、住所などに変更があった場合、14日以内に市役所又は大麻出張所窓口へ届け出をしてください。
4. 有効期間の切れた医療費受給者証は市役所又は大麻出張所窓口へ返還してください。
5. 有効期間内でも転出等で資格喪失する場合は医療費受給者証を返還してください。

(切り取り)

問合せ先

医療助成課医療助成係

TEL 011-381-1403(直通)

011-382-4141(内線 2615・2616)

0612