



福島医発第1028号(地)  
平成23年 7月21日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会長 松 田 峻 一 良  
(公 印 省 略)

### みやこ町医療証の変更について

今般、みやこ町長より、助成対象を高校生世代まで拡大した「子ども医療費支給制度」を平成23年10月1日から実施する旨、別紙のとおり通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、変更点は下記のとおりです。

### 記

#### 【変更点】

対象者：小学1年生～中学3年生まで → 小学1年生～高校生世代まで  
生計維持者の所得制限：所得制限撤廃  
名称：子ども医療費支給制度

#### 【その他】

①制度開始時期：平成23年10月1日から

②自己負担（変更無し）

保険適用の医療費の自己負担分（3割）につき

入 院：500円／日（7日限度）

入院外：600円／月

（ひと月あたり1医療機関ごとに負担。薬局での負担はなし。）

③他の医療証（乳・障・親）と同じく、生活保護を受給している間は対象外。また、就業者、既婚者等は対象外。

④学校でのけがの際には原則として使用できません（災害共済給付制度優先）。

⑤重度障害者医療・ひとり親家庭等医療に該当する場合は、それらの医療証が対象となり、所得制限を超過したときのみ、子ども医療の対象となります。（重度障害者医療証と子ども医療証、ひとり親家庭等医療証と子ども医療証を同時に持つことはありません。）

23み健第388号  
平成23年7月14日

社団法人 福岡県医師会  
会長 松田 峻一良 殿

みやこ町長 井上 幸春

### 医療証の変更について

日ごろより、みやこ町の公費医療費支給制度につきましてご高配賜り誠にありがとうございます。

さて、みやこ町ではこのたび、助成対象を高校生世代まで拡大した「子ども医療費支給制度」を10月1日から実施することとなりました。

変更点は、別紙のとおりです。ご多忙の中恐れ入りますが、関係医療機関にご周知いただきますようお願い申し上げます。

### 記

- 別紙 ・ 変更点  
・ 子ども医療証（参考見本）

問い合わせ先 みやこ町役場健康づくり課 医療保険係  
担当：酒井 TEL 0930-32-2725



## 【変更点】

対象者：小学 1 年生～中学 3 年生まで → 小学 1 年生～高校生世代まで

生計維持者の所得制限：所得制限撤廃

名称：子ども医療費支給制度

## 【その他】

①制度開始時期：平成 23 年 10 月 1 日から

②自己負担（変更無し）

保険適用の医療費の自己負担分（3 割）につき

入 院：500 円／日 （7 日限度）

入院外：600 円／月

（ひと月あたり 1 医療機関ごとに負担。薬局での負担はなし。）

③他の医療証（乳・障・親）と同じく、生活保護を受給している間は対象外。  
また、就業者、既婚者等は対象外。

④学校でのけがの際には原則として使用できません（災害共済給付制度優先）。

⑤重度障害者医療・ひとり親家庭等医療に該当する場合は、それらの医療証が対象となり、所得制限を超過したときのみ、子ども医療の対象となります。  
（重度障害者医療証と子ども医療証、ひとり親家庭等医療証と子ども医療証を同時に持つことはありません。）

【様式】（参考見本）

|              |      |                                                                           |   |                    |   |   |   |     |   |
|--------------|------|---------------------------------------------------------------------------|---|--------------------|---|---|---|-----|---|
| <div>子</div> |      | みやこ町子ども医療                                                                 |   | 証                  |   |   |   |     |   |
|              |      | 有効期間                                                                      |   | 年 月 日から<br>年 月 日まで |   |   |   |     |   |
| 負担者番号        |      | 8                                                                         | 1 | 4                  | 0 | 1 | 3 | 4   | 1 |
| 受給者番号        |      |                                                                           |   |                    |   |   |   |     |   |
| 受給者          | 住所   |                                                                           |   |                    |   |   |   |     |   |
|              | 氏名   |                                                                           |   |                    |   |   |   | 男・女 |   |
|              | 生年月日 | 年 月 日                                                                     |   |                    |   |   |   |     |   |
| 一部自己負担金      |      | 入院 1日当たり500円(月7日限度)<br>入院外 1月当たり600円(上限)<br>※上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。 |   |                    |   |   |   |     |   |
| 発行機関名及び印     |      | 福岡県 みやこ町長                                                                 |   |                    |   |   |   |     |   |
| 交付年月日        |      | 年 月 日                                                                     |   |                    |   |   |   |     |   |

※ この証は、県外の保険医療機関等では、使用することができません。