



福岡医発第1761号
平成24年10月16日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

直方市重度障害者医療の自己負担の無料化について

直方市より平成24年10月1日から重度障害者医療費支給制度を下記のとおり変更する旨通知がありましたので、貴会会員へ周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、該当者には、平成24年9月下旬に医療証を発送されていますので、10月以降は、新しい医療証で対応いただきますよう併せてお願い申し上げます。

記

平成24年9月30日まで	平成24年10月1日から
【一部自己負担金】 入 院：1日あたり500円（月10日程度） ※低所得者の場合は1日300円（月10日程度） 入院外：1月あたり500円 薬局代：無料 ※いずれも1医療機関あたりの自己負担	【一部負担金】 入 院：無料 入院外：無料 薬局代：無料

※お問い合わせ先

直方市役所保険医療課医療保険係

Tel 0949-25-2113

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

(公印省略)

直隼医保 第38号
平成24年10月15日

福岡県医師会長 様

直方市長 向野 敏昭

直方市重度障害者医療の自己負担の無料化について（ご連絡）

本市の公費医療費支給制度の実施につきましては、日頃からご協力いただき、まことにありがとうございます。

さて、平成24年10月1日から、直方市重度障害者医療費支給制度を下記のように変更いたしました。

該当者の方には、平成24年9月下旬に医療証を発送いたしておりますので、平成24年10月以降受診の際は、新しい医療証で対応していただきますようご案内申し上げます。

なお、本来であれば制度改正前にご連絡すべきところ、不手際で連絡が遅れましたことをお詫び申し上げます。

記

平成24年9月30日まで	平成24年10月1日から
【一部自己負担金】 入 院：1日あたり500円（月10日限度） ※ 低所得者の場合1日あたり300円（月10日限度） 入院外：1月あたり500円 薬局代：無料 ※ いずれも1医療機関あたりの自己負担	【一部自己負担金】 入 院：無料 入院外：無料 薬局代：無料

お問い合わせ先
直方市役所保険課医療保険係
(0949) 25-2113

平成 24 年 10 月 1 日から

一般障害

(表 面)

福岡県障害者医療									
障 医 療 証									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
負担者番号		8	0	4	0				
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 徴収しない 入院外 徴収しない							
発行機関名及び印		福岡県 直方市長							
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できません。

平成 24 年 9 月 30 日まで

一般障害

(表 面)

福岡県障害者医療									
障 医 療 証									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
負担者番号		8	0	4	0				
受給者番号									
受給者	住 所								
	氏 名								男・女
	生年月日	昭・平 年 月 日							
一部自己負担金		入院 1 日当たり500円(月10日限度) (※低所得者の場合(裏面注7)) 1 日当たり300円(月10日限度) 入院外 1 月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも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 直方市長							
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できません。

平成 24 年 10 月 1 日から

精神障害

(表 面)

福岡県障害者医療									
障		医		療		証			
有効期間		年		月		日から		日まで	
負担者番号		8	0	4	0				
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 徴収しない 精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8) 入院外 徴収しない							
発行機関名及び印		福岡県 直方市長							
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できません。

平成 24 年 9 月 30 日まで

精神障害

(表 面)

福岡県障害者医療									
障		医		療		証			
有効期間		年		月		日から		日まで	
負担者番号		8	0	4	0				
受給者番号									
受給者	住 所								
	氏 名							男・女	
	生年月日	昭・平		年		月		日	
一部自己負担金		入院 1日当たり500円(月10日限度) ※低所得者の場合(裏面注7) 1日当たり300円(月10日限度) 精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも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 直方市長							
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できません。