



福岡県医発第 2455 号 (地)

平成 25 年 1 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)

直方市乳幼児医療費支給制度の改正について

直方市より平成 25 年 4 月 1 日から乳幼児医療費支給制度の名称の変更並びに助成対象の拡大を別紙のとおり実施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、

- 1) 直方市内及び周辺医療機関へは、2 月初旬頃に直方市より直接通知がなされます。
- 2) 本制度に関するお問い合わせについては、直方市役所保険課医療保険係 (0949-25-2113)までご照会ください。

記

◆改正内容

	平成 25 年 3 月 31 日まで	平成 25 年 4 月 1 日から
制度名	直方市乳幼児医療費支給制度	直方市子ども医療費支給制度
対象者	直方市内に居住する小学校就学前までの乳幼児	直方市内に居住する小学校 3 年生までの子ども
本人負担	通院・入院 無料	・小学校就学前までの乳幼児 通院・入院 無料 ・小学校 1 年～3 年生の児童 通院 800 円まで/月 入院 500 円/日 (※3,500 円まで/月)

※入院時の食事代・居住費等の本人負担及び医療保険の適用を受けない費用については、これまで通り本人負担になります。

(公印省略)

平成 25 年 1 月 11 日

福岡県医師会 御中

直方市長 向野 敏昭

直方市乳幼児医療費支給制度の改正について（ご連絡）

拝啓、貴職におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、直方市の乳幼児医療費支給制度につきましては、これまでは小学校就学前までの助成対象としておりましたが、平成 25 年 4 月 1 日以降は小学校 3 年生までに助成対象が拡大するよう、制度を改正いたしました。

つきましては、直方市内及び周辺医療機関に対しまして、2 月初旬ころに同封の周知文を送付いたしますので、まずは貴会宛にご連絡申し上げます。

最後になりましたが、今後とも直方市政にご理解ご協力いただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

【お問い合わせ先】

直方市役所 保険課

医療保険係

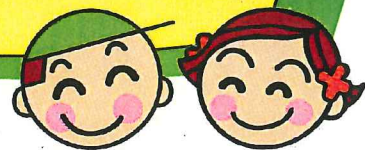
T E L 0949-25-2113

各医師会通知



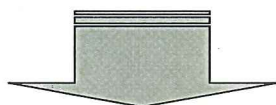
平成25年4月1日から

直方市乳幼児医療費支給制度が変わります



平成25年3月31日まで

●制度名	直方市乳幼児医療費支給制度
●対象者	直方市内にお住まいの小学校就学前までの乳幼児
●本人負担	通院・入院 無料



平成25年4月1日から

●制度名	直方市子ども医療費支給制度
●対象者	直方市内にお住まいの小学校3年生までの子ども (小学生以降は、重度障がい者医療・ひとり親家庭等医療対象者を除く)
●本人負担	小学校就学前までの乳幼児 通院・入院 無料 小学校1年生～3年生の児童 通院 800円まで/月 入院 500円/日(3,500円まで/月) ※1医療機関ごとの負担額です。 ※保険薬局で処方されるお薬代は無料です。

☆入院時の食事代・居住費等の本人負担及び医療保険の適用を受けない費用については、これまでどおり本人負担になります。

平成25年4月から小学校2年生及び3年生となる方には、平成25年1月下旬ごろ申請書を郵送いたします。記入・押印のうえ、必要書類を返信いただくことで、3月下旬ごろ医療証が郵送されます。

なお、平成25年4月から小学校1年生となる、3月までの乳幼児医療証をお持ちの方は、お手続きの必要はありません。自動的に医療証が郵送されます。

※現在の乳幼児医療証の有効期限内は、継続して使用できます。



お問い合わせ先 直方市保険課医療保険係 電話 0949-25-2113

小学校就学前の乳幼児用

(表 面)

福岡県乳幼児医療										
有効期間		平成		年	月	日から		日まで		
		平成	年	月						
負担者番号		8	1	4	0	0	0	5	3	
受給者番号										
受給者	住 所	福岡県直方市								
	氏 名								男・女	
	生年月日	平成	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		平成	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。

小学生用

(表 面)

直方市子ども医療										
有効期間		平成		年	月	日から		日まで		
		平成	年	月						
負担者番号		8	1	4	0	0	0	5	3	
受給者番号										
受給者	住 所	福岡県直方市								
	氏 名								男・女	
	生年月日	平成	年	月	日					
一部自己負担金		入院 1日当たり500円(月7日限度) 入院外 1月当たり800円を限度 ※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		平成	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。

- 「小学校就学前の乳幼児」と「小学生」では医療証が異なります
- 医療証の色はどちらも紫色です。