



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻 一 良

(公 印 省 略)

宗像市乳幼児・子ども医療費助成制度の拡大について

今般、平成 27 年 1 月 1 日診療分から宗像市子ども医療費等の助成制度の入院対象者を現状の小学校 6 年生までから、中学校 3 年生 (15 歳に達する日以降の最初の 3 月 31 日) まで拡大する旨、別紙の通り宗像市よ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知いただきますとともに、会員にご周知いただきますようお願いいたします。

なお、本制度に関するお問い合わせについては、宗像市健康福祉部国保医療課 (Tel.0940-36-1348) までご照会ください。

記

※宗像市子ども医療費等の助成制度の拡大について (平成 27 年 1 月 1 日診療分から)

	就学前 (3 歳未満)	就学前 (3 歳以上)	小学 1 ～ 6 年生	中学 1 ～ 3 年生
医療証の色	ラベンダー (乳) 医療証		桃色 (子) 医療証	桃色 (子) 医療証 (中学生入院)
負担者番号 受給者番号	従 来 ど お り			
有効期限	適用日～就学前の 3 月 31 日まで		就学後 4 月 1 日～ 小学 6 年生まで ※12 歳に達する日以後 最初の 3 月 31 日まで。 4 月 1 日生まれは前月 末まで。	適用日～中学 3 年生ま で ※15 歳に達する日以後最 初の 3 月 31 日まで。4 月 1 日生まれは前月末まで。
本人負担額	なし	県制度のとおり 通院：600 円／月 入院：500 円／日 (月 7 日限度)		通院：助成対象外 入院：500 円／日 (月 7 日限度)

※小学生の対象者の医療証は、就学前から小学 1 年生になる 4 月 1 日に切替ります (自動更新)。

医療証の色、有効期限が替わりますのでご確認ください。

※中学生の対象者の医療証は、あらたに申請が必要です (自動更新ではありません)。

※小学生以上の対象者で障害者医療、ひとり親家庭等の医療制度に該当する人は、それぞれの制度の助成を受けることができます。

※生活保護世帯は除きます。

26 宗国第947号
平成26年11月17日

福岡県医師会会長 松田 峻一良 様

宗像市長 谷井 博美

宗像市乳幼児・子ども医療費助成制度の拡大について

初冬の候、時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。また、日頃から本市の医療費支給事業に格別なご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび本市は子育て支援の一環として、保護者の経済的な負担を軽減するため、市独自の乳幼児・子ども医療費助成制度として、平成27年1月1日診療分から助成対象者年齢を「入院・外来：0歳から小学校6年生（12歳に達する日以降の最初の3月31日）まで」から「外来：0歳から小学校6年生（12歳に達する日以降の最初の3月31日）まで、入院：0歳から中学3年生（15歳に達する日以降の最初の3月31日）まで」とし実施することといたしました。

つきましては、この事業をご理解のうえ、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、この制度の実施方法につきましては、現物支給方式とし一部負担金等も従来の県の制度と同じ取扱といたします。この事業を周知いただくため、お忙しいこととは存じますが、是非とも会員の皆様への周知方よろしくお願い申し上げます。

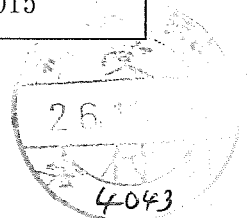
【問い合わせ先】

宗像市健康福祉部国保医療課

後期高齢者医療係

TEL 0940-36-1348

Fax 0940-36-7015



(別紙) 宗像市乳幼児・子ども医療費支給制度
◆ 制度改正内容

実施時期	平成27年1月1日診療分から		
対 象 者	就 学 前		小学1～6年生
	3歳未満	3歳以上 就学前	
医療証の色	ラベンダー *(乳)医療証		桃色 *(子)医療証
負担者番号 受給者番号	従来どおり		従来どおり
有効期限	適用日～就学前 の3月31日まで		適用日～中学3年生まで
	*12歳に達する日以後 最初の3月31日まで。 4月1日生まれは前月末まで。		*15歳に達する日以後 最初の3月31日まで。 4月1日生まれは前月末まで。
本人負担額	なし	*県制度のとおり 通院:600円/月 入院:500円/日 (月7日限度)	
		通院:助成対象外 入院:500円/日 (月7日限度)	

*小学生の対象者の医療証は、就学前から小学1年生になる4月1日に切り替ります(自動更新)。

医療証の色、有効期限が替わりますのでご確認ください。

*中学生の対象者の医療証は、あらたに申請が必要です(自動更新ではありません)。

医療証の適用日、有効期限が替わりますのでご確認ください。

*小学生以上の対象者で、障害者医療、ひとり親家庭等医療制度に該当する人は、それぞれの制度の助成を受けることができます。(状況に応じて使い分け可。)

*生活保護世帯は除きます。

【医療証例】

従来どおり

※新規

就学前(ラベンダー色)

小学生(桃色)

中学生入院(桃色)

乳 福岡県・宗像市乳幼児医療証		子 宗像市子ども医療証		子 宗像市子ども医療証(中学生用)	
有効期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで	有効期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで	有効期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで
負担者番号	81400210	負担者番号	81400210	負担者番号	81400210
受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
受 住 所	宗像市東郷一丁目1番1号	受 住 所	宗像市東郷一丁目1番1号	受 住 所	宗像市東郷一丁目1番1号
給 氏 名	宗像 太郎 男	給 氏 名	宗像 花子 女	給 氏 名	宗像 一郎 男
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
一部自己負担金	平成〇〇年〇〇月〇〇日以降 入院 1日当たり500円(月7日限度) 入院外 1月当たり600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。	一部自己負担金	平成〇〇年〇〇月〇〇日以降 入院 1日当たり500円(月7日限度) 入院外 1月当たり600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。	一部自己負担金	平成〇〇年〇〇月〇〇日以降 入院 1日当たり500円(月7日限度) ※入院外は助成対象外 ※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 宗像市長 	発行機関名 及 び 印	福岡県 宗像市長 	発行機関名 及 び 印	福岡県 宗像市長 
交付年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	交付年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	交付年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日

宗像市乳幼児・子ども医療

27年1月
から

入院医療費助成の対象年齢を 中学生まで拡大



- ！ 対象医療費は入院です
- ！ 医療証の認定申請が必要です
- ！ 申請月の1日から適用されます

運用開始日

- 平成27年1月1日以降、申請月の初日から
 - 平成26年12月から申請受付開始（12月申請の場合、平成27年1月1日から適用）。
- ※小学生用の子ども医療証を持っていた方も、申請が必要です。自動更新はありませんのでご注意ください。

対象者

- 宗像市に住所を有し、健康保険に加入している中学1～3年生。
（15歳に達する日以後の最初の3月31日まで。4月1日生まれは前月末まで）
- ※生活保護を受給している世帯の方は対象になりません。
※重度障害者、ひとり親家庭等医療証は、中学生入院用の子ども医療証と併せて受給資格をもつことができます（ただし、各制度に申請が必要です）。

本人負担額

- 入院500円/日（×上限7日=3,500円）
- ※1月ごと、1医療機関ごとに負担。保険適用の入院医療費が助成対象です。
※外来の医療費や、入院時の食事代などの保険適用外の費用は助成対象外です。

申請方法

- 【申請に必要なもの】 ①お子様の名前が記載された健康保険証 ②保護者の認印
③乳幼児・子ども医療費受給資格認定申請書
- 窓口で申請の場合：①、②を保護者が持参し窓口で③に記入・押印
 - 郵送で申請の場合：③を市ホームページからダウンロードし、申請欄に保護者名義で記入・押印後、①のコピーを添付して下記国保医療課宛に郵送してください。