484
1.7.31

福県医発第1179号（地）
令和元年7月31日

各　医　師　会　長　　殿

福　岡　県　医　師　会
会長　松　田　峻一良
（公　印　省　略）

糸島市子ども医療費助成制度の改正について

今般、糸島市長より、標記制度を別添のとおり改正し、令和元年10月1日より適用する旨、連絡がありました。

改正の概要につきましては、下記のとおりです。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、詳細につきましては、別添をご参照いただく又は、同市子ども課児童手当係（092－332－2074）までお問い合わせくださいますようお願い致します。

記

主な改正内容

①通院助成の拡大：小学6年生までを中学3年生までに拡大
②所得制限の廃止：従来設定していた所得制限を廃止

適用開始日

令和元年10月1日（火）

その他

・子ども医療証（ラベンダー色）のデザイン・レイアウトも一部変更。
・新しい医療証の発行日は同日以降。
・ひとり親家庭等医療（オレンジ色）については変更なし。

以上

小郡三井医師会より　　医療保険担当理事　肥山淳一郎
会長　島田昇二郎

31 糸子第 951 号
令和元年 7 月 23 日

公益社団法人　福岡県医師会
会長　　松田　峻一良　　様

糸島市長　　月形　祐
（人権福祉部子ども課）

糸島市子ども医療費助成制度の改正について（依頼）

酷暑の候、貴台におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。
また、平素から、糸島市公費医療費助成制度の運営につきまして、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、このたび、本市の子ども医療費助成制度を下記のとおり 10 月 1 日から改正することといたしました。
つきましては、貴会員医療機関への周知とともに各医療機関窓口での診療費の取扱いに関し、ご対応をお願い申し上げます。

記

1　対象となる医療制度：糸島市子ども医療
2　主な改正点
①通院助成の拡大：小学 6 年生までを中学 3 年生までに拡大
②所得制限の廃止：従来設定していた所得制限を廃止
3　適用開始日：令和元年 10 月 1 日（火曜日）
4　その他
①子ども医療証（ラベンダー色）のデザイン・レイアウトも一部変更します。
②新しい医療証の発行日は同日以降となります。
③ひとり親家庭等医療（オレンジ色）については変更ありません。

【問い合わせ】
糸島市　子ども課　児童手当係
担当：森本・大鶴
TEL　092-332-2074

受付
元年 7.24
2051

糸島市子ども医療費の支給に関する一部改正について（お知らせ）

1 改正内容

改正１

通院助成の対象者を「小学6年生まで」から「中学3年生まで」に拡大
一部自己負担は現行の小学6年生までと同じ、最大 1,200 円/1 月・1 機関

改正２

現行の所得制限を廃止
所得超過者でも助成の対象となるため、通院・入院とも中学3年生まで
すべての子どもが子ども医療の対象となる。

≪制度改正比較≫

【現行】

年齢	3 歳未満			未就学児			小学 1～6 年生						中学 1～3 年生		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
入院	無料			1 月最大 3,500 円（500 円×７日）を負担											
通院				1 月最大 800 円を負担			1 月最大 1,200 円を負担								

①生活保護受給者は対象外。
②3 歳未満は、所得制限及び一部自己負担なし。
③3 歳以上は、所得制限（児童手当の所得制限額と同額）及び一部自己負担あり。
④一部自己負担は医療機関（病院）ごとに必要。医科と歯科を併設する医療機関にあっては、それぞれ一部自己負担が必要。

【改正後】

年齢	3 歳未満			未就学児			小学 1～6 年生						中学 1～3 年生		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
入院	無料			1 月最大 3,500 円（500 円×７日）を負担											
通院				1 月最大 800 円を負担			1 月最大 1,200 円を負担						今回改正部分（自己負担：最大 1,200 円/月）		

※所得制限なし。3 歳以上は一部自己負担あり。
※重度障害者医療・ひとり親医療の対象者は、それぞれの制度を優先して使用。
※現行の①②④は変更なし。

2 施行日

令和元年 10 月 1 日（同日診療分から対象）

3 市民への周知及び医療証の交付

・広報いとしま 8 月 1 日号及び市 Web に関連記事を掲載
・9 月末日までに対象者に新しい子ども医療証を送付

新しい子ども医療証のイメージ（ラベンダー色）

㊦	糸島市子ども医療 医療証							
有効期間	令和元年10月 1日 から 令和17年 3月31日 まで							
負担者番号	8	1	4	0	0	2	9	3
受給者番号	0	0	0	0	0	0	1	
受給者 住所	福岡県糸島市前原西１丁目１－１							
受給者 氏名	イトシマ タロウ 糸島 太郎							
受給者 生年月日	令和元年 5月 9日							男
区分	対象期間	一部自己負担金						
3歳未満	令和元年10月 1日から 令和 4年 5月31日まで	入院外 徴収しない 入 院 徴収しない						
3歳以上就学前	令和 4年 6月 1日から 令和 8年 3月31日まで	入院外 月800円限度 入 院 日500円（月 7日限度）						
小学生 中学生	令和 8年 4月 1日から 令和17年 3月31日まで	入院外 月1,200円限度 入 院 日500円（月 7日限度）						
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 糸島市長							
交付年月日	令和元年10月 1日							

※この証は、県外の保険医療機関等では使用できません。