627
受
6.8.21
小郡三井医師会

福県医発第1461号（地）
令和６年８月21日

各医師会長　殿

福岡県医師会
会長　蓮澤浩明
（公印省略）

上毛町子ども医療費助成制度の改正について

今般、上毛町において、令和６年10月から子ども医療費助成制度について、下記のとおり対象年齢の拡大、自己負担額の見直しを行う旨、通知がありました。

詳細につきましては、別紙をご参照ください。

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、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

記

１．改正趣旨について

作年の厳しい経済情勢や少子化に対応し、子どもが健やかに育つことができるように子育て政策の充実を図るため。

２．変更内容　別紙のとおり

３．変更時期　令和６年10月１日（令和６年10月診療分から）

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

６上長福第１４６０号
令和６年７月２９日

公益社団法人　福岡県医師会
会長　　蓮澤　浩明　殿

上毛町長　　坪　根　秀　介

上毛町子ども医療費助成制度の改正について（通知）

盛夏の候、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。
また、日頃から上毛町の医療費助成の運営に関しまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
標記の件につきまして、令和６年１０月から本町の子ども医療助成制度に関して対象年齢の拡大、自己負担額の見直し行います。
つきましては、下記及び別紙により医療証をお送りしますので、ご査収、ご協力の程よろしくお願いいたします。
また、不明な点等ございましたら下記までご連絡ください。

記

１．　改正趣旨について
作年の厳しい経済情勢や少子化に対応し、子どもが健やかに育つことができるように子育て政策の充実を図るため。

２．　変更内容　　別紙のとおり

３．　変更時期　　令和６年１０月１日（令和６年１０月診療分から）

【問い合わせ先】
〒871-0992　上毛町大字垂水 1321 番地 1
上毛町役場　長寿福祉課　福祉医療係　高橋
TEL：0979-72-3188
FAX：0979-84-8021
メールアドレス：fukushi@town.koge.lg.jp

上毛町子ども医療費助成制度について

令和６年１０月診療分から、対象年齢を現行の「15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日まで」から、「18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日まで」に拡大し、通院医療費にかかる自己負担額を 800 円から 500 円へ見直しを行います。

【令和６年９月診療分まで】

<table>
<tr><td rowspan="2">年齢区分</td><td colspan="3">自己負担額</td><td rowspan="2">所得制限</td></tr>
<tr><td>入院</td><td>通院</td><td>調剤</td></tr>
<tr><td>３歳未満</td><td rowspan="4">無料</td><td>無料</td><td rowspan="4">無料</td><td rowspan="4">無し</td></tr>
<tr><td>就学前</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>小学生</td><td rowspan="2">800 円/月</td></tr>
<tr><td>中学生</td></tr>
</table>

【令和６年１０月診療分から】

<table>
<tr><td rowspan="2">年齢区分</td><td colspan="3">自己負担額</td><td rowspan="2">所得制限</td></tr>
<tr><td>入院</td><td>通院</td><td>調剤</td></tr>
<tr><td>３歳未満</td><td rowspan="5">無料</td><td rowspan="2">無料</td><td rowspan="5">無料</td><td rowspan="5">無し</td></tr>
<tr><td>就学前</td></tr>
<tr><td>小学生</td><td rowspan="3">500 円/月</td></tr>
<tr><td>中学生</td></tr>
<tr><td>高校生世代</td></tr>
</table>

※　保険適用の医療費のみ対象です。
※　入院時の食事療養標準負担額は、助成の対象となりません。
※　加入している健康保険から発行される限度額適用認定証の発行が必要です。

【対象者】
上毛町に住所があり、健康保険に加入している 0 歳から高校 3 年生（18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日）までの児童

注意　高校生等が保護者の扶養から外れた時、または婚姻をしたときは助成対象者ではなくなります。
※　生活保護受給者は対象となりません。
※　重度障害者医療、ひとり親家庭等医療を受けられる場合は、そちらを優先して適用します。

様式第3号(児童用)(第11条関係)

(表　面)

福岡県子ども医療(上毛町児童用)

㊖　医　療　証

有効期間		年　月　日から 年　月　日まで							
負担者番号		8	1	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　1月当たり500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　上毛町長							
交付年月日		年　月　日							

※　この証は福岡県と大分県中津市内以外の保険医療機関等では使用できません。

(裏　面)

注意事項

1. この証は、上毛町の条例により子ども医療費の支給が受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。

2. 子どもが保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。

3. 子どもが町の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。

4. 子どもやその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。

5. 子どもが加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。

6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。

7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。
(後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)
※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。

1. 規格　日本工業規格　B列7番
2. 印刷色　黒色
3. 地色　ラベンダー色
4. 負担者番号
別紙のとおり
5. 受給者番号

市町村において設定する。