

保険医療機関・保険薬局 各位

名取市長 山田 司郎
(公印省略)

名取市子ども医療費助成制度の拡大について

残暑の候、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じます。

日頃より本市における児童福祉行政及び医療行政につきまして、格別のご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

このたび名取市では、令和 4 年 10 月診療分より下記のとおり子ども医療費助成制度を拡大することといたしました。

つきましては、本拡大に関する事務処理等についてご理解、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

記

名取市子ども医療費助成制度

	現 行	拡大後
適用時期	令和 4 年 9 月診療分まで	令和 4 年 10 月診療分から
対象児童	0 歳から 15 歳年度末まで	0 歳から 18 歳年度末まで
所得制限	あり	なし (撤廃)
小学生以上の外来初診時 500 円の一部負担金	あり	なし (撤廃)

名取市健康福祉部こども支援課
担 当：家庭児童係
連絡先：022-724-7119
住 所：〒981-1292
名取市増田字柳田 80 番地

【参考】名取市子ども医療費助成受給者証（見本）
 ※現在の受給者証はピンク色の台紙を使用しています。

子ども医療費助成受給者証	
一部負担金額	通院： 入院：
公費負担者番号	8 3 0 4 0 0 7 1
受給者番号	
受給者氏名	住所
子ども氏名	表面
生年月日	
有効期間	から まで
市長名及び印	宮城県名取市長 
交付年月日	

注意事項
<ol style="list-style-type: none"> この証は、あなたが医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。 この証は、保険証と同様に医療機関窓口に呈示してください。 以下の(1)～(4)の場合は、医療費の自己負担分を医療機関窓口で一旦支払い、その後、市役所に「助成申請書」を提出してください。 <ol style="list-style-type: none"> 医療機関窓口で本証を呈示しなかった場合 退院の際医療機関を受診した場合 国民健康保険加入者の診察を主としていた医療機関で受診した場合 本制度の現物給付に対応していない医療機関を受診した場合 国民健康保険（各市区町村組合等）加入の方の自己負担額が180,100円（総医療費＝267,000円）を超えた場合は、その超えた額は、一時的に自己負担することになります。 <ol style="list-style-type: none"> 次のことがあったときは、必ず届け出てください。 <ol style="list-style-type: none"> 氏名に変更があったとき 住所を変更したとき 加入保険に変更があったとき この証を破損したりなくしたりしたときは、速やかに再交付の手続きをしてください。 受給資格がなくなったとき、または、有効期間を超えたときは、速やかにこの証を返納してください。
<p>名取市 健康福祉部 こども支援課 電話 022-724-7119</p>