

**国民健康保険・後期高齢者医療保険加入者における公費併用請求対象市町村一覧**

◎ 受給者証の確認をお願いします。

- ・ 公費併用請求の対象となる受給者の方は、受給者証に以下の公費負担者番号が記載されております。
- ・ 医療費助成事業内容は、市町村により異なる場合がありますので、併せて御確認願います。

市町村名	ひとり親家庭医療費助成事業			重度心身障がい者医療費助成事業		
	公費負担者番号	開始診療年月	備考	公費負担者番号	開始診療年月	備考
	一部負担金	食事療養費		一部負担金	食事療養費	
只見町	81070765	平成30年 8月	/	82070764	平成30年 8月	※②
	※①	○		×	○	
湯川村	81070872	平成30年 8月	/	82070871	平成30年 8月	※②
	※①	×		×	○	
昭和村	81070955	平成30年10月	/	82070954	平成30年10月	※②
	※①	×		×	○	
飯舘村	81071300	平成30年 8月	/	82071309	平成30年 8月	※②
	※①	×		×	○	

凡例 : ○ 自己負担あり(助成なし)    × 自己負担なし(助成あり)

※① : 世帯ごとに月額1,000円まで(受給者証または上限管理票に徴収金額の記入欄あり)

※② : 精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている方が、精神障がいによる疾患で入院したときは、受給者証を使用できません。

◎ レセプトは、【国保(後期)と公費】の併用レセプトで請求願います。

- ・ 上記の受給者証と一緒に、他の公費の受給者証も利用できます。(例：国保 と 公費54 と 公費82 )