

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 | × | | × | ○ | |
| 川内村 | 81071227 | 平成31年 4月 | / | 82071226 | 平成31年 4月 | ※② |
| | × | × | | × | ○ | |
| 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)