

朝障発 252号  
令和4年9月22日

一般社団法人朝霞地区薬剤師会  
会長 畑中 典子 様

朝霞市長 富岡 勝則  
(公印省略)

重度心身障害者医療費受給者証及び子ども医療費受給資格証の貴会会員  
薬局への周知について（依頼）

初秋の候、貴職におかれましては、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

また、日頃より、当市の福祉3医療制度（重度心身障害者医療制度、ひとり親家庭等医療制度及び子ども医療制度）の円滑な実施に御協力いただきまして厚く御礼申し上げます。

さて、令和4年7月21日付朝障発158号にて埼玉県内現物給付化について貴会会員薬局への周知を依頼したところですが、このたび、令和4年10月1日から有効となる重度心身障害者医療費受給者証及び子ども医療費受給資格証の様式が確定いたしました。

つきまして、別添「受給者証見本」を貴会会員薬局へ御周知いただければと存じます。

なお、ひとり親家庭等医療費につきましては、実施時期が令和5年1月からとなりますので、受給者証の様式確定後にお知らせいたします。

問合せ

重度心身障害者医療について

朝霞市障害福祉課障害給付係

電話 048-463-1599（直通）

子ども医療について

朝霞市子ども・健康部子ども未来課子ども給付係

電話 048-463-2834（直通）

〒 [redacted]  
[redacted]

[redacted] 様  
[redacted]

(身体・療育手帳用)

様式第2号 (第4条関係)

県内現物  
国保・社保用

障		重度心身障害者医療費受給者証							
公費負担者番号		8	2	1	1	0	2	7	1
受給者証番号		[redacted]							
受給者	氏名	[redacted]							
	住所	[redacted]							
	生年月日	昭和		[ ]	年	[ ]	月	[ ]	日
有効期間		令和 4 年 10 月 1 日から 令和 5 年 9 月 30 日まで							
現物給付対象医療機関		埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等							
現物給付限度		月額21,000円未満の医療費							
令和 4 年 10 月 1 日交付		埼玉県朝霞市長 富岡 勝則						[Seal]	

※ 裏面の注意事項をお読みください。

〒  
 [Redacted]  
 [Redacted]  
 [Redacted] 様

(精神手帳用)

様式第2号の(2) (第4条関係)

県内現物  
 国保・社保用

障		重度心身障害者医療費受給者証							
公費負担者番号		8	2	1	1	0	2	7	1
受給者証番号		[Redacted]							
受給者	氏名	[Redacted]							
	住所	[Redacted]							
	生年月日	昭和	[Redacted]	年	[Redacted]	月	[Redacted]	日	
有効期間		令和 4 年 10 月 1 日から 令和 5 年 4 月 30 日まで							
現物給付対象医療機関		埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等 (精神病床への入院は対象外)							
現物給付限度額		月額21,000円未満の医療費							
令和 4 年 10 月 1 日交付								埼玉県朝霞市長 富岡 勝則	
								[Redacted Seal]	

※ 裏面の注意事項をお読みください。

〒  
 様

(後期用)

様式第2号の(3) (第4条関係)

償還払い

後期高齢者医療保険用

(障) 重度心身障害者 医療費受給者証		
公費負担者番号	* * * * *	
受給者証番号		
受給者	氏名	
	住所	
	生年月日	昭和 年 月 日
有効期間	令和 4年 10月 1日から 令和 5年 9月 30日まで	
令和 4年 10月 1日 交付 埼玉県朝霞市長 富岡 勝則		



※ 裏面の注意事項をお読みください。

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>障</span> <span>重度心身障害者医療費受給者証</span> </div>								
公費負担者番号	8	2	1	1	0	2	7	1
受給者証番号								
受給者	氏名							
	住所							
	生年月日							年 月 日
有効期間							年 月 日から	年 月 日まで
現物給付対象医療機関	埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等							
現物給付限度額	月額21,000円未満の医療費							
年 月 日交付  埼玉県朝霞市長 <span style="float: right;">印</span>								

※ 裏面の注意事項をお読みください。

(裏)

注意事項

- 1 この受給者証は、朝霞市重度心身障害者医療費の支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 この受給者証は、診療を受けるときに保険証と一緒に病院等の窓口に掲示してください。
- 3 この受給者証では、表面に記載の現物給付を行う保険医療機関等以外での受診は現物給付の対象となりません。現物給付を行わない保険医療機関等で受診した場合、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、当市窓口へ提出してください。また、現物給付には、保険医療機関等単位、月単位で限度額が設定されています。その額を超えた場合には、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、当市窓口へ提出してください。
- 4 当市から転出後は、本受給者証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給者証を使用した場合、助成した医療費の返還を求めますのでご注意ください。
- 5 学校（幼稚園・保育園）管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から支給される医療費については、この制度では支給できません。この場合は、受診の際この証を医療機関等へ提示しないでください。
- 6 自立支援医療（精神通院医療など）や他の公費負担医療制度が利用できる場合はそちらを優先してください。
- 7 精神障害者保健福祉手帳1級のみを所持している方は、精神病床の入院に係る一部負担金は支給されません。
- 8 次のいずれかに該当するときは、必ず市長に届け出てください。
  - (1) 受給者が死亡したとき。
  - (2) 受給者の氏名又は住所を変更したとき。
  - (3) 加入医療保険に変更があったとき。
  - (4) 障害程度に変更があったとき。
- 9 この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに市長に返却してください。
- 10 救急の場合を除き、平日の診療時間内に受診するなど、医療機関への適正受診にご理解とご協力をお願いします。

障 重度心身障害者医療費受給者証								
公費負担者番号	8	2	1	1	0	2	7	1
受給者証番号								
受給者	氏名							
	住所							
	生年月日	年 月 日						
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで							
現物給付対象医療機関	埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等 (精神病床への入院は対象外)							
現物給付限度額	月額21,000円未満の医療費							
年 月 日交付								
埼玉県朝霞市長								印

※ 裏面の注意事項をお読みください。

(裏)

注意事項



- 1 この受給者証は、朝霞市重度心身障害者医療費の支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 この受給者証は、診療を受けるときに保険証と一緒に病院等の窓口に表示してください。
- 3 この受給者証では、表面に記載の現物給付を行う保険医療機関等以外での受診は現物給付の対象となりません。現物給付を行わない保険医療機関等で受診した場合、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、当市窓口へ提出してください。また、現物給付には、保険医療機関等单位、月単位で限度額が設定されています。その額を超えた場合には、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、当市窓口へ提出してください。
- 4 当市から転出後は、本受給者証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給者証を使用した場合、助成した医療費の返還を求めますのでご注意ください。
- 5 学校（幼稚園・保育園）管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から支給される医療費については、この制度では支給できません。この場合は、受診の際この証を医療機関等に提示しないでください。
- 6 自立支援医療（精神通院医療など）や他の公費負担医療制度が利用できる場合はそちらを優先してください。
- 7 精神障害者保健福祉手帳1級のみを所持している方は、精神病床の入院に係る一部負担金は支給されません。
- 8 次のいずれかに該当するときは、必ず市長に届け出てください。
  - (1) 受給者が死亡したとき。
  - (2) 受給者の氏名又は住所を変更したとき。
  - (3) 加入医療保険に変更があったとき。
  - (4) 障害程度に変更があったとき。
- 9 この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに市長に返却してください。
- 10 救急の場合を除き、平日の診療時間内に受診するなど、医療機関への適正受診にご理解とご協力をお願いします。



(表)

償還払い

後期高齢者医療保険用

 重度心身障害者 医療費受給者証		
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
受給者証番号	<input type="text"/>	
受給者	氏名	<input type="text"/>
	住所	<input type="text"/>
	生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
有効期間	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで	
年 月 日交付		
埼玉県朝霞市長 		

※ 裏面の注意事項をお読みください。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この受給者証は、朝霞市重度心身障害者医療費の支給に関する条例により、保険給付の一部負担金について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 この受給者証は、診療を受けるときに保険証と一緒に病院等の窓口に掲示してください。
- 3 次のいずれかに該当するときは、必ず市長に届け出てください。
  - (1) 受給者が死亡したとき。
  - (2) 受給者の氏名又は住所を変更したとき。
  - (3) 加入医療保険に変更があったとき。
  - (4) 障害程度に変更があったとき。

※ この受給者証は、現物給付ができません。

㊦ 朝霞市子ども医療費受給資格証 県内現物

公費負担者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
受給資格証番号	1	2	3	4	5	6	7	
受給資格者氏名	医療 太郎							
対象 こども	住 所	〇〇県〇〇市△△△町1234番 地567医療ハイツ789						
	氏 名	医療 太郎						
	生年月日	令和 4年 9月 16日生						
一部負担金	なし							
食事療養費	償還払い（住民税非課税世帯のみ助成）							
有効期間	令和 4年 9月 16日から 令和 4年 9月 16日まで							
現物給付 対象医療機関	埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関、 朝霞市と協定を締結した接骨院等							
現物給付限度額	保険医療機関等ごとに月額21,000円未満の 医療費							

令和 4年 9月 16日 交付

朝霞市長 富岡 勝則



【高校生等の入院】義務教育終了後から18歳の誕生日以降最初の3月31日までのお子さんは償還払いにて助成（通院は対象外）

(裏)

注 意 事 項

- 1 この受給資格証は、朝霞市子ども医療費支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金について支給を受けることのできる証ですので、大切に保管してください。
- 2 この受給資格証は、受診の都度、保険医療機関等の窓口で提示してください。
- 3 この受給資格証では、表面に記載の現物給付を行う保険医療機関等以外での受診は現物給付の対象となりません。現物給付を行わない保険医療機関等で受診した場合、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、朝霞市の窓口で提出してください。  
また、現物給付には、保険医療機関等单位、月単位で限度額が設定されています。その額を超えた場合には、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、朝霞市の窓口で提出してください。
- 4 朝霞市から転出後は本受給資格証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給資格証を使用した場合、助成した医療費の返還を求めますので御注意ください。
- 5 学校（幼稚園・保育園を含む。）管理下における、けが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から支給される医療費については、この制度では支給できません。この場合は、受診の際にこの受給資格証を医療機関等に提示しないでください。
- 6 未熟児養育医療等、他の公費負担医療制度が利用できる場合はそちらを優先してください。
- 7 次の場合は、必ず朝霞市に届出をしてください。
  - (1) 受給資格者又は対象子どもが死亡したとき。
  - (2) 受給資格者又は対象子どもが条例第3条第1項に規定する要件に該当しなくなったとき。
  - (3) 受給資格者又は対象子どもの氏名又は住所に変更があったとき。
  - (4) 受給資格者又は対象子どもの医療保険の種別、内容等に変更があったとき。
  - (5) 受給資格者の振込先金融機関を変更するとき。
  - (6) 他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなったとき。
- 8 この受給資格証は、資格を喪失したときは、速やかに朝霞市に返還してください。
- 9 この受給資格証を破損し、又は亡失したときは、再交付を受けてください。
- 10 偽りその他不正にこの受給資格証を使用したときは、支給を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。

お願い

子ども医療費支給制度は、みなさんの税金で運営されています。医療の適正受診に御協力ください。

問合せ先

朝霞市

電話