


令和5年1月～ひとり親家庭等医療費新受給者証

【親(保護者)】

① ひとり親家庭等医療費受給者証		県内現物	
公費負担番号	8 3 1 1 0 0 6 4	→	
受給者証番号	2 2 2 2 2 2 2	→	
申請者	氏名	古代 蓮子	
	住所	埼玉県行田市本丸2番5号	
受給者	氏名	古代 蓮子	続柄 本人
	住所	埼玉県行田市本丸2番5号	
	生年月日	昭和56年 1月 1日	
一部負担金	通院	自己負担 1,000円/月	令和5年1月1日
	入院	自己負担 1,200円/日	～
	調剤	自己負担 無し	令和5年5月31日
食事療養費	助成対象外		
有効期間	令和5年1月1日 から		
	令和5年12月31日 まで		
現物給付対象機関	埼玉県内の現物給付を行う医療機関		
現物給付限度額	月額21,000円未満の医療費		
ジェネリック希望	希望します	希望しません	
令和5年1月1日 交付			
埼玉県 行田市長			
<small>※次の場合には、医療機関等に支払が必要です。 1.一部負担金額が月額21,000円以上のとき 2.この証を提示しなかったとき 3.現物給付対象機関以外の医療機関等で受診したとき 4.独立行政法人日本スポーツ振興センターの「災害共済給付制度」の対象となるとき 5.保険外診察 6.有効期間が経過しているとき 7.行田市の住民でなくなったとき (裏面注意事項をお読みください)</small>			

公費負担番号、受給資格証番号に変更はありません。
 受給者証番号は、**親子共に同じ番号**となりますのでご注意ください

ここに記載されている者が、この医療費の支給を受けられる者です。

親(保護者)は住民税の課税非課税に応じた自己負担金があります。
 自己負担金の有無、および対象期間はこちらに記載しています。

注意事項は裏面にも記載してあります。

※親(保護者)の受給証の色に**変更はありません**。**グリーン**(上半期)・**ピンク**(下半期)となります。

※今回の県内拡大並びに制度変更に伴い、受診時に受給資格証を不提示の場合、現物給付とならない旨通知文その他各所に強く明記いたしました。

受診時に不提示の場合、県及び市の指導により償還払となります旨お話しください。

令和5年1月～ひとり親家庭等医療費新受給者証

※令和5年1月診療分より、ひとり親家庭等の子どもは名称が「ひとり親家庭等医療費」に変更されます。(色はオレンジです)

【子】

(親) ひとり親家庭等医療費受給者証		県内現物	
公費負担番号	8 3 1 1 0 0 6 4		
受給者証番号	2 2 2 2 2 2 2		
申請者	氏名	古代 蓮子	
	住所	埼玉県行田市本丸2番5号	
受給者	氏名	古代 剣	
	住所	埼玉県行田市本丸2番5号	
	生年月日	令和5年1月1日	
一部負担金	通院	自己負担 無し	
	入院	自己負担 無し	
	調剤	自己負担 無し	
食事療養費	助成対象外		
有効期間	令和5年1月1日	から	
	令和5年12月31日	まで	
現物給付対象機関	埼玉県内の現物給付を行う医療機関		
現物給付限度額	月額21,000円未満の医療費		
ジェネリック希望	希望します	希望しません	
令和5年1月1日 交付			
埼玉県 行田市長			

※次の場合には、医療機関等に支払が必要です。
 1.一部負担金額が月額21,000円以上のとき 2.この証を提示しなかったとき 3.現物給付対象機関以外の医療機関等で受診したとき 4.独立行政法人日本スポーツ振興センターの「災害共済給付制度」の対象となるとき 5.保険外診察 6.有効期間が経過しているとき 7.行田市の住民でなくなったとき (裏面注意事項をお読みください)

公費負担番号はひとり親家庭等医療費の番号となります。
 受給者証番号は、**親子共に同じ番号**となりますのでご注意ください

ここに記載されている者が、この医療費の支給を受けられる者です。
 (上部「申請者」欄記載者は、いわゆる保護者です)

子は住民税の課税非課税に応じた**自己負担金がありません**。
 そのため、期限の記載もありません。

子は住民税の課税非課税に応じた自己負担金がないため、**有効期限は1年間**となります。
 なお、在留期限や年の途中でひとり親家庭等医療費に変更があった等の場合はこの限りではありません。**期限が切れた受給証が提示された場合は、償還払としてください**。

注意事項は裏面にも記載してあります。

※重度心身障害者医療費受給者証をお持ちのお子さんの受給証は**変更ありません**。継続して重度心身障害者医療費となります。

※今回の県内拡大並びに制度変更に伴い、受診時に受給資格証を不提示の場合、現物給付とならない旨通知文その他各所に強く明記いたしました。
 受診時に不提示の場合、県及び市の指導により償還払となります旨お話しください。