

☆医療機関等のみなさまへ☆

重度心身障害者医療受給者証に記載されている公費負担者番号別による各医療保険者への請求方法を説明いたします。

受給者証が **障初** または **老初** の場合

- お客様の窓口負担は「初診料のみ」となります。
- 通院、入院等が対象です。

◆各医療保険者への請求方法◆

- ① 受給者証に記載されている公費負担者番号の頭文字が『45』のみの方（道基準）
 - 公費負担番号の頭文字が「45」の番号を記載して保険者へ請求してください。
- ② 受給者証に記載されている公費負担者番号の頭文字が『45』と『46』の2つが記載されている方
 - 公費負担者番号の頭文字「45」と「46」の番号を2つ記載して保険者へ請求してください。（「46」は町上乗せ基準）
 - ※3歳以上の方の「45」は、道基準課税世帯（窓口負担1割）
 - ※3歳以上の方の「46」は、町上乗せ基準（窓口負担初診料のみ）
- ③ 受給者証に記載されている公費負担者番号の頭文字が『47』のみの方（町拡大基準）
 - 公費負担者番号の頭文字が「47」の番号を記載して保険者へ請求してください。

受給者証が **障課** または **老課** の場合

- お客様の窓口負担は「1割負担」となります。
- 通院、入院等が対象です。

◆各医療保険者への請求方法◆

- ① 受給者証に記載されている公費負担者番号の頭文字が『45』のみの方（道基準）
 - 公費負担番号の頭文字が「45」の番号を記載して保険者へ請求してください。

② 受給者証に記載されている公費負担者番号の頭文字が『47』のみの方
(町拡大基準)

・公費負担者番号の頭文字が「47」の番号を記載して保険者へ請求してください。

《お問合せ先》

厚真町町民福祉課町民生活グループ 福祉医療担当

電話 0145-26-7871 (直通)