

養育医療意見書

ふりがな					性別	生 年 月 日															
本人氏名					男・女	平成・令和 年 月 日															
居住地																					
被保険者証等の記号及び番号	記号				番号	社保		保 険 者 の 番 号													
						国保															
出生時の体重	g	在胎週数	満 週	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所															
						(1)自院 (2)他院 (3)その他															
主たる症状 (1つ選んでください)		(1)極小未熟児 (5)感染症		(2)呼吸障害 (6)重症黄疸		(3)仮死・無酸素症 (7)その他		(4)先天異常													
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常																			
	2 体 温	(1) 摂氏 34 度以下																			
	3 呼吸器系 循環器系	(1) 強度のチアノーゼ持続 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向				(4) 毎分 30 以下 (5) 出血傾向が強い															
	4 消化器系	(1) 生後 24 時間以上排便がない (2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続				(3)血性吐物・血性便がある															
	5 黄 疸	有 [生後 () 時間に発生]		・無		強 度		強 ・ 中 ・ 弱													
	その他の所見 (合併症の有無等)																				
診療予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																				
現在受けている医療	(1)保育器の使用 (5)輸 液		(2)酸 素 吸 入 (6)交 換 輸 血		(3)人工呼吸器の使用 (7)光 線 療 法		(4)鼻 こう 栄 養 (8)注射その他の医療														
症状の経過																					
上記のとおり診断する。																					
令和 年 月 日																					
医療機関コード <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																					
指定養育医療機関の名称																					
所 在 地																					
担 当 医 師 氏 名 ㊞																					

(注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。
 2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。
 その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。

1. 未熟児養育医療給付について

未熟児養育医療給付は、養育のため病院等に出生後引き続き入院することを必要とする未熟児に対し、その養育に必要な医療を給付するものであります。

2. 給付の内容について

医療券の発行を受けた場合、当券に記載されている指定医療機関において、診察・医学的処置・治療等の給付が受けられます。(指定医療機関以外では給付は受けられません。)

ただし、健康保険法で対象としている医療が給付の範囲となりますので、保険対象外のものについては給付は受けられません。

3. 自己負担金について

世帯の所得年税額等に応じた**自己負担金**を泉大津市で徴収します。

自己負担金は、後日(診療月の約5ヶ月後)泉大津市から送付する「納入通知書」で支払っていただきます。**(保険適用後の個人負担の全額を公費で負担する制度ではありません。)**

4. 申請手続について

入院治療を受け始めてから3週間以内(退院後は手続できません)に、市役所窓口(子育て応援課)で手続を済ませてください。

2ヶ月を超えて申請手続をした場合、原則として2ヶ月以前に受けた治療に対しての医療給付は受けられません。

5. 必要書類について

申請書、意見書、世帯調書、誓約書、委任状及び承諾書(市町村の福祉医療対象者のみ)、所得年税額等の証明(源泉徴収票、確定申告書の控、課税証明書等)が必要です。

- ・ 意見書については、指定医療機関の医師が作成する必要があります。
- ・ 源泉徴収票及び課税証明書については、扶養控除、社会保険料控除等個々の諸控除金額を記載した証明書が必要です。また、世帯全員について証明が必要ですが、他の方の証明書類で扶養されていることが分かる場合は省略できます。

なお、世帯全員の所得税合計額が0円の場合は、原則として市町村発行の課税証明書が必要です。

6. 詳細について

不明な点、制度の詳細等については、泉大津市子育て応援課まで。(代表 0725-33-1131)

7. 未熟児養育医療給付対象基準について

1. 出生時体重が2,000g以下の未熟児

2. 生活力が特に薄弱であって、次に掲げるいずれかの症状を示すもの。

- (1) 一般状態
- ア. 運動不安、けいれんがあるもの。
 - イ. 運動が異常に少ないもの。

- (2) 体温
- 体温が摂氏34度以下のもの。

- (3) 呼吸器循環器系
- ア. 強度のチアノーゼが持続するもの、チアノーゼ発作を繰り返すもの。
 - イ. 呼吸回数が毎分50を超えて増加の傾向にあるか又は毎分30以下のもの。
 - ウ. 出血傾向の強いもの。

- (4) 消化器系
- ア. 生後24時間以上排便のないもの。
 - イ. 生後48時間以上嘔吐持続しているもの。
 - ウ. 血性吐物、血性便のあるもの。

- (5) 黄疸
- 生後数時間以内に現れるか、異常に強い黄疸のあるもの。
(重症黄疸による交換輸血を含む)