

別記様式 1

<表面>

サイズ 縦60mm、横90mm

(児) 受診券 (施設入所者等用)		交 付 年 月 日	年	月	日
		適 用 開 始 年 月 日	年	月	日
公 費 負 担 者 番 号					
(支 弁 義 務 者)					
		施設等番号	児童 (者) 番号		
受給者 (児童 (者)) 番号					
受 施	設	名			
診 氏		名			
児 生	年	月	日	年	月 日 性 別
童 保	險	者 名			
(者	保 險 証 の 記 号 番 号				
)	保 險 証 の 有 無				
発 行 機 関 名 及 び 印		大 阪 市 長			
交 付 番 号 第		号			

福祉事務専用
市長公印

<裏面>

「医療機関等の皆様へお願い」

本受診券を持参した患者は、児童福祉法により児童福祉施設又は里親・ファミリーホームに措置委託している児童です。保険適用の医療費の自己負担分については、大阪市が負担いたしますので、窓口での費用徴収はしないでください。

健康保険加入状況	医療費の請求先
国民健康保険加入者	国民健康保険団体連合会
その他健康保険加入者・無保険者	社会保険診療報酬支払基金

◎問い合わせ先（電話番号）

医療費に関すること	児童福祉施設（障がい児入所施設を除く）、 里親・ファミリーホーム、一時保護所	こども青少年局 こども家庭課	06-6208-8050
	障がい児入所施設	福祉局 障がい支援課	06-6208-7986
「児童福祉施設等の皆様へ」 本受診券の発行に関することは担当の こども相談センターにお問い合わせください。		北部こども相談センター	06-6195-4114
		中央こども相談センター	06-4301-3100
		南部こども相談センター	06-6718-5050