

なが なつやす お ひさ がお  
 長い夏休みが終わり、久しぶりにみなさんの顔がみられて、とても  
 うれしいです。みなさんが夏休みに作った作品や調べたもの、絵日記  
 は、それぞれ個性が出ていて、鑑賞していると、自然と笑顔になり、パワー  
 をたくさんもらえます。すごい力だと思っています。夏休み明けも、それぞれ  
 力を発揮できるといいですね。

ほけんしつ びょうき とき なつやす たの  
 保健室では、けがや病気の時はもちろん、夏休みに楽しかったこと、  
 大変だったこと、不安なこと、何でもお話を聞きます。とくに困ったこと  
 がある時は一人で悩まず相談してくださいね😊

くがう ほけんもくひょう  
 9月の保健目標は...  
 あんぜんき  
 安全に気をつけ  
 げんき うんどう  
 元気に運動  
 をしよう  
 です。  
 あつ ひ っぐ  
 まだまだ暑い日が続きますので、水分補給を忘れずに、けがにも  
 き 気をつけて運動できるといいですね。

ほじしゃ がた  
 保護者の方へ

大切なお知らせ

裏面もご覧ください

横浜市教育委員会健康教育・食育課から  
 「小児医療費助成制度拡充への対応について」  
 通知が来ましたのでお知らせいたします。

横浜市では、中学3年生までの全てのお子さまに安心して医療機関に受診していただけるよう、令和5年8月から、所得制限や、通院時の支払い1回500円までの窓口負担がなくなりました。  
 小児医療制度は拡充しますが、従来から市立学校の児童生徒向けに実施している「日本スポーツ振興センター災害共済給付金制度」、「横浜市準要保護児童生徒ためのね購入援助事業」、「学校病治療費援助」については、引き続き、小児医療費助成制度は利用せず、各種制度を優先的に活用くださいとのことです。

各種制度概要

| 制度                    | 対象  | 概要  |
|-----------------------|---|---|
| 日本スポーツ振興センター災害共済給付制度  | 市立学校在学中の幼児・児童・生徒  | <ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険が適用される医療費の自己負担分（窓口で負担する3割分）に、療養に伴って要する費用（1割分）を加えた金額（3割+1割=4割分）や、負傷の状況によっては障害見舞金等を給付</li> <li>この制度は医療費の総額（1度のケガで複数回受診した場合は合計額）5,000円（自己負担額1,500円以上）が対象</li> <li>小児医療費助成を利用した場合でも、療養に伴って要する費用（1割分）の給付を受けることが可能</li> </ul>  |
| 横浜市準要保護児童生徒ためのね購入援助事業 | 以下2つの要件を満たす市立小・中学校在学中の児童生徒<br>・就学援助の認定を受けていること。<br>・学校健康診断での裸眼視力（めがねをすでに持っている児童生徒は、矯正後の視力）が片眼370方式でC以下（0.7未満）であること。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>視力低下のため眼鏡が必要となったお子さんを対象に「めがね券」を発行し、検眼料と眼鏡購入援助費用を横浜市が負担する制度</li> <li>小学校・中学校在籍時にそれぞれ1回ずつ券の使用が可能</li> <li>小児医療費助成制度等、他の制度との併用不可</li> </ul>   |
| 学校病治療費援助              | 要保護または準要保護と認定された、市立小・中・義務教育学校に在学中の児童生徒  | <ul style="list-style-type: none"> <li>以下の疾病を対象に治療費を援助</li> <li>1. トラコーマ及び結膜炎（アレルギー性は除く）</li> <li>2. 白癬、疥癬及び膿疱疹</li> <li>3. 中耳炎</li> <li>4. 慢性副鼻腔炎及びアデノイド</li> <li>5. う歯（歯周病治療等のう歯に関係のない疾病は対象外）</li> <li>6. 寄生虫病（虫卵保有を含む）</li> <li>小児医療費助成制度等、他の制度との併用不可</li> </ul> |

小学生・中学生の保護者の皆様へ

子どもが学校でケガをした！そんな時は……学校でケガをした時の医療費の給付制度をご利用ください。

### 「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付制度」

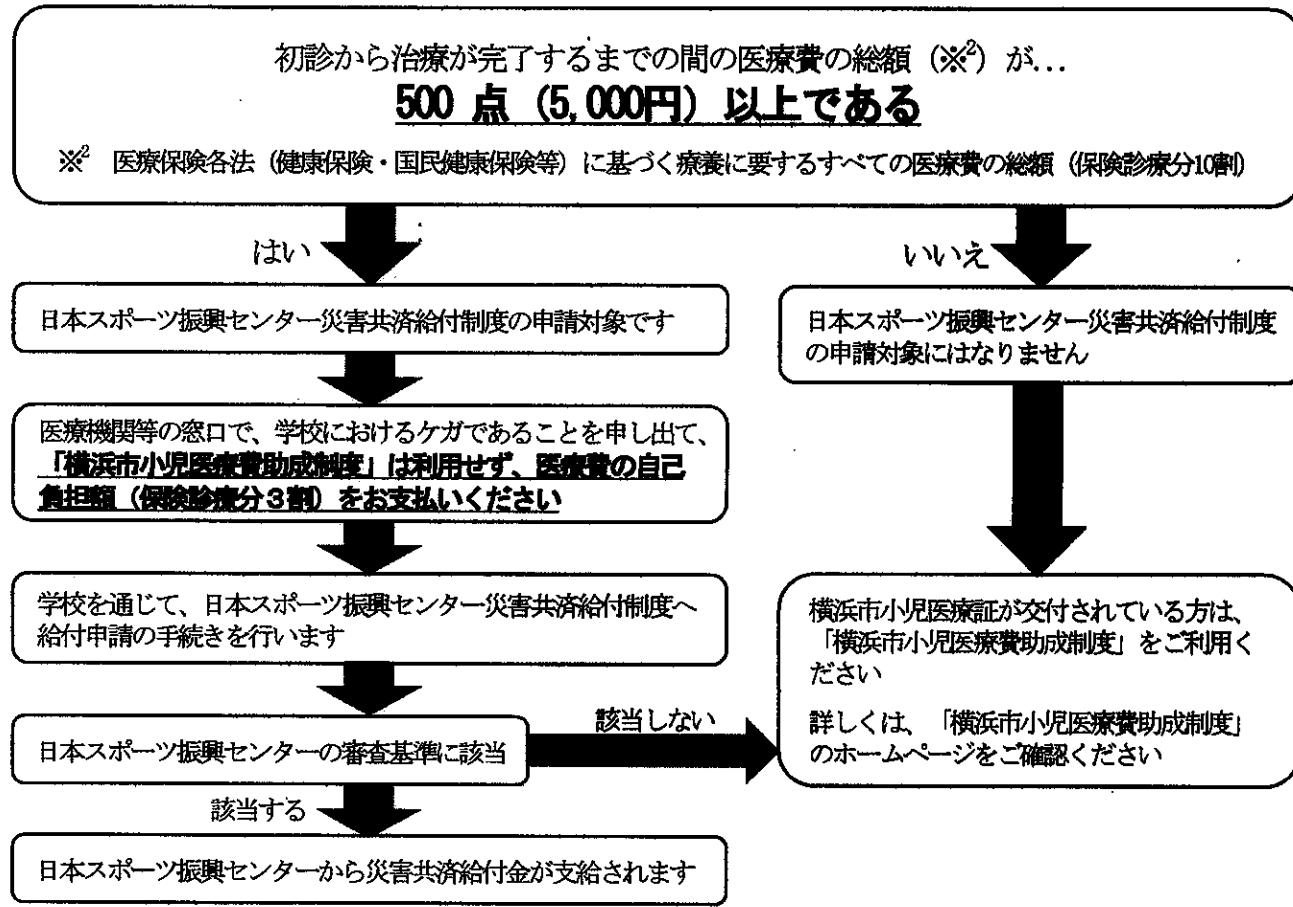
横浜市立小・中学校では、学校管理下で発生した児童生徒の負傷等に対して、その医療費等が給付される「日本スポーツ振興センター災害共済給付制度」に加入しています（加入は任意です）。

学校管理下のケガで医療機関等を受診した場合は、「横浜市小児医療費助成制度」は利用せず（※<sup>1</sup>）、この制度を利用して医療費の請求をしてください。

学校管理下とは

- ・始業前、休憩時間、昼休み
- ・授業中（各教科、遠足、修学旅行など）
- ・課外指導中（部活動など）
- ・通常の経路及び方法での通学中（登校中、下校中）

学校で児童生徒が負傷等をして、医療機関・調剤薬局等を利用した場合



※<sup>1</sup>「横浜市小児医療費助成制度」を利用した場合

災害共済給付制度の申請対象の負傷等により医療機関で受診し、すべての医療費の総額（保険診療分10割）が、500点（5,000円）以上の場合、保険診療1割分について、日本スポーツ振興センターに請求することが可能です。

この場合の手続きについては、別紙「公費負担医療制度を利用した際の記載について（依頼）」の通りに申請してください。

「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付制度」へ申請するメリットは

- ①医療費の自己負担額（保険診療分3割）に1割加算され、4割給付されます。
- ②負傷等の初診から最長10年間申請できるため、高校に進学したり、市外に転出したり等で、横浜市小児医療費助成制度対象外になった場合でも、治療が継続していれば申請、給付が可能です。  
ただし、受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなります（受診した月ごとに時効が完算されます。）。

保護者の皆様へ



### 公費負担医療制度を利用した際の記載について（依頼）

日本スポーツ振興センターの災害共済給付金支払申請において、公費負担医療制度を利用した場合は、「医療等の状況」右下の枠内助成制度の種類・自己負担額について、医療機関または保護者の方が記入してくださいようお願いいたします。

医療等の状況

| 氏名   | 性別 | 生年月日      | 学年 | 学期 | 月 | 日 | 診療科目 | 初診日       | 退院日       | 入院日       | 退院日       | 入院期間 | 入院費 | 入院に際しての窓口負担 | 自己負担額 |
|------|----|-----------|----|----|---|---|------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|-----|-------------|-------|
| 〇〇〇〇 | 男  | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇 | 〇  | 〇 | 〇 | 〇〇科  | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇日  | 〇〇円 | 〇円          | 〇円    |

上記のとおり記入し、

医療機関所在地及び名称

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 名称   | 〒   | 市  | 区  | 町  | 番  | 号  |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

併記する医療機関

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 名称   | 〒   | 市  | 区  | 町  | 番  | 号  |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

入院に際しての窓口負担

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 名称   | 〒   | 市  | 区  | 町  | 番  | 号  |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

入院に際しての窓口負担

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 名称   | 〒   | 市  | 区  | 町  | 番  | 号  |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

合計

|    |     |    |    |
|----|-----|----|----|
| 合計 | 〇〇円 | 〇円 | 〇円 |
|----|-----|----|----|

個別報酬明細書

| 氏名   | 性別 | 生年月日      | 学年 | 学期 | 月 | 日 | 診療科目 | 初診日       | 退院日       | 入院日       | 退院日       | 入院期間 | 入院費 | 入院に際しての窓口負担 | 自己負担額 |
|------|----|-----------|----|----|---|---|------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|-----|-------------|-------|
| 〇〇〇〇 | 男  | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇 | 〇  | 〇 | 〇 | 〇〇科  | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇日  | 〇〇円 | 〇円          | 〇円    |

上記のとおり記入し、

医療機関所在地及び名称

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 名称   | 〒   | 市  | 区  | 町  | 番  | 号  |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

併記する医療機関

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 名称   | 〒   | 市  | 区  | 町  | 番  | 号  |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

入院に際しての窓口負担

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 名称   | 〒   | 市  | 区  | 町  | 番  | 号  |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

入院に際しての窓口負担

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 名称   | 〒   | 市  | 区  | 町  | 番  | 号  |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

合計

|    |     |    |    |
|----|-----|----|----|
| 合計 | 〇〇円 | 〇円 | 〇円 |
|----|-----|----|----|

\*入院・通院時の窓口負担（保険診療の自己負担）が「0円」の場合、「自己負担額」の欄は「0円」の記入をお願いいたします。