

## \* ひとり親家庭等医療費助成 \*

### 対象となるのは・・・

東かがわ市に住民票があり、いずれかの健康保険に加入している方で、

- ひとり親家庭等の児童を扶養している父又は母とその児童
- 両親のいない児童 ●両親のいない児童を扶養する配偶者のいない者

※児童の対象年齢は、満10歳になる年の年度初めから満18歳に達した日の属する年度末までです。所得制限を超えている方は、対象となりません。

所得は、本人及び扶養義務者で判定し、所得の審査は1年更新です。

### 助成の範囲は・・・

病院等の窓口で支払う保険診療の自己負担分が対象になります。したがって、保険給付の対象とならない医療費（例えば入院時の差額室料等）は対象外です。

### お医者さん等にかかるときは・・・

☆市内の医療機関等（接骨院以外）で受診するとき

【福祉医療受給者証】と保険証提示により、窓口での医療費支払いが不要になります。受給者証を提示しない場合や夜間・救急等の場合は、立替払いになる場合があります。

☆県外の医療機関又は接骨院等で受診するとき

立替払いとなりますので、一旦は自分で支払ってください。

- 立替払い分の請求方法

診療を受けた医療機関で1か月単位で【医療費支給申請書】に証明を受け、市役所に提出してください。※申請書は、市役所に置いてあります。または、市のHPから印刷してご利用ください。

### 注意！

◎ 治療用装具 等の療養費に該当する場合は、加入している保険者からの「支給決定又は不決定の通知書」等を添付してください。

◎ 学校の管理下における傷病の場合は、学校で加入しているスポーツ振興センターの災害共済給付制度が優先になります。学校を通して申請してください。（審査基準に該当しなかった場合や医療費の自己負担額（保険診療分）が1,500円未満だった場合などは、後日「医療費支給申請書」を申請すれば、医療費が還付されます。

### 請求期間は・・・

- 診療月の翌月から5年以内です。
- 医療費申請書の受付締切日は、毎月末日です。  
（末日が、土、日、祝祭日の場合は、前営業日となります。）

### 支払いは・・・

原則、請求した月の翌月の28日に指定の口座に振り込みます。

（28日が、土、日、祝祭日の場合は、原則翌営業日となります）

### こんな時は、必ず手続きをしてください！

- ☆住所、氏名、口座等が変わったとき
  - ☆保険者、被保険者証の記載事項等が変わったとき
  - ☆資格要件を満たさなくなったとき
- ※受給者証は必ず市役所へお返し下さい

## 立て替えて支払った場合の申請書の書き方

医療費支給申請書は、点線の部分を必ず記入してから医療機関に証明を受けてください。証明は、ひとつの病院及び調剤薬局につき1枚必要です。また、同じ医療機関であっても月ごとに証明を受けてください。

チェック

### 申請書見本

- 子ども
- 心身障害者
- ひとり親

### 医療費支給申請書

受給者	受給資格者証番号	3	0	*	*	*	*	*	*
	住所								
	氏名								
	生年月日								
被保険者	氏名								

東かがわ市長 殿

年 月 日

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

(医療機関等記入欄)

### 診療報酬等による一部負担金の証明

年	1 医科	3 調剤	1 社保	3 後期	負担割合		
月分	2 歯科		2 国保		1割	2割	3割

### 受給者証見本

福祉医療受給者証								
公費負担者番号	8	3	3	7	0	0	7	2
受給者番号	3	0	*	*	*	*	*	*
受給者	住所	東かがわ市△△△123番地						
	氏名	□□□ □□□						
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日						
有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日 まで							
交付年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日							
発行機関及び印	東かがわ市長 印							