

* 子ども医療費助成 *

この事業は、第3期かがわ健やか子ども基金を活用して実施しています。

対象となるのは……………

東かがわ市に住民票のある、子ども（誕生または転入の日のいずれか遅い方から満18歳に達した日以後の最初の3月31日まで）で健康保険に加入しているお子様です。

※ただし、他の医療費助成制度の対象となる場合は、その制度が優先されます。（心身障害者医療費助成・ひとり親家庭等医療費助成）

助成の範囲は……………

保険診療の自己負担分（2割または3割）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、薬の容器代等）は対象外です。 ※ただし、平成20年4月1日以前にお生まれの人は、令和5年8月診療分より

お医者さん等にかかるときは……………

☆県内の医療機関等（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。

※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。

【医療費支給申請書】は、市役所の窓口においてあります。

または、市のホームページからも印刷してご利用いただけます。

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。

請求できる期間は……………

◎ 診療月の翌月から5年以内。

※ただし、平成20年4月1日以前にお生まれの人は、令和5年8月診療分より

◎ 医療費申請書の受付締切日は、毎月末日です。
（末日が、土、日、祝日の場合は、前日となります。）

申請後の支払いは……………

原則、申請した月の翌月の28日に指定の口座に振り込みます。
（28日が、土、日、祝日の場合は、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
※受給資格者証は必ず市役所へお返してください
- ◇ 保険者、被保険者証の記載事項等が変わったとき
- ◇ 他の医療費助成制度に該当する方

《東かがわ市役所 ことば家庭課 TEL. 26-1229》

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。

受給者証見本

福祉医療受給者証	
公費負担者番号	8 1 3 7 0 0 7 4
受給者番号	4 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

申請書見本

医療費支給申請書

- 子ども
- 心身障害者
- ひとり親家庭

受給者	受給資格者証番号	4 0 * * * * *
	住所	
	氏名	
	生年月日	
	電話番号	
被保険者	氏名	

年 月 日

東かがわ市長 殿

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

チェック