

* 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・・・

☆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】とマイナ保険証又は資格確認書の提示により、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。（申請書の書き方は裏面をご参照ください。）

※【医療費支給申請書】は、市役所の窓口に置いてあります。

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。

◎高額療養費や付加給付に該当している場合、医療機関に支払った金額（保険適用外は除く）から高額療養費や付加給付として健康保険から支払われた金額を差し引いた金額を助成します。

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、祝日の場合は、前日となります。）

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、健康保険、口座等が変わったとき
（変更になったものがわかる書類を持参してください。）
- ☆資格要件を満たさなくなったとき

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。

申請書見本

- ☐ 子ども
☐ 心身障害者
☒ ひとり親

チェック

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							

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	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							