

# \* 子ども医療費助成 \*

## 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、お子様が小学校4年生以上で、他の医療費助成制度（お子様が該当する手帳をお持ちの場合は【心身障害者医療費助成】、ひとり親世帯の場合は【ひとり親家庭等医療費助成】）に該当する場合等は、そちらが優先されます。詳しくは担当までお問い合わせください。

## 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】とマイナンバーカード又は加入している健康保険の内容がわかるもの（従来の有効期間内の健康保険証、資格確認書等）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！

◎ 治療用器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、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。）
- ◇ 他の医療費助成制度に該当する方

## 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  
 ひとり親家庭

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。

(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

医療費支給申請書

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

申請者氏名

チェック

## 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							