

我孫子市子ども医療費助成金交付申請書(償還払い)

我孫子市長 あて

(保護者)申請者)	住所	〒 -
	日中連絡先	- -
	氏名	

子ども医療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

子ども	受給者番号									生年月日	年 月 日	
	フリガナ											
	氏名											
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒 -										
申請する医療費	同一年月の領収書は、300円のものを含め、一度に提出してください。											
	年 月分：			枚	年 月分：			枚				
	年 月分：			枚	年 月分：			枚				
	年 月分：			枚	年 月分：			枚				

同意書

私は、子ども医療費の助成額の算定に必要な限りにおいて、医療費の点数、高額療養費及び付加給付金の支給状況等を我孫子市が保険者及び医療機関に照会することに同意します。

子どもが加入している
保険の被保険者氏名

氏名 _____ (印)

- ・学校（学童保育室又はあびっ子クラブを除く。）、幼稚園や保育園での負傷疾病である。
 はい（次のいずれかに○をつけてください。）
 学校等内での負傷 ・ 通学や通園中の負傷 ・ 学校での熱中症等の疾病 ・ 給食による食中毒等
- ・ いいえ
 ※学校管理下での負傷疾病の場合で、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費は、助成対象外です(学校等への申請が必要となります。)
- ・ 提出された領収書原本等は返却しませんので、控えが必要な場合は、事前に写しを取り、保管してください。

確認事項

- ・ 保険外診療については助成対象外となります。
- ・ 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療費助成制度に係る医療の給付等の公費負担医療制度の助成を受ける場合は、それらの制度を優先して適用します。
- ・ 記名押印に代えて署名することができます。

この面は申請者本人が添付書類や注意事項を確認するためのチェックシートです。

保険証を使用して医療機関にかかった場合

- (1) 今回の申請で21,000円以上の医療費の申請がある
- いいえ → 添付書類: ①
- ↓ はい
- (2) 子どもと同じ保険組合に加入し、かつ(1)の診療と同月に21,000円以上の医療費を支払っている家族がいる
- いいえ → 注意事項: 注1
添付書類: ① (、②)
- ↓ はい
- 注意事項: 注1、注2
添付書類: ①、②、③

保険証を使用しないで医療費を支払った場合

- 治療用眼鏡、補装具を作成した場合
注意事項: 注3 添付書類: ①、②、④
- 保険証忘れ、発行前等の理由で保険証を提示せずに医療機関にかかった場合
注意事項: 注3 添付書類: ①、②

注意事項

- 注1 高額療養費、付加給付金の支給要件に該当する場合は、保険組合に申請し、添付書類②の提出が必要となります。該当するかどうか分からない場合は、②以外を添付して申請してください。子ども支援課で確認後、高額療養費又は付加給付金の支給要件に該当すると思われる場合は、郵送で該当する領収書を一度返却します。
- 注2 合算で高額療養費に該当する場合がありますので、添付書類③の提出をお願いします。
- 注3 あらかじめ健康保険組合に申請し、保険組合の負担分(7割又は8割)の支給を受けた後、我孫子市に申請してください。

添付書類

- ①領収書原本
※保険組合への申請の際に、原本を提出した場合のみ写し可
- ②健康保険組合からの支給(不支給)決定通知の写し
※通知の方法は保険組合によって異なります。
- ③該当する家族の領収書の写し
- ④医師による診断書、指示書、証明書等の写し