

子ども医療費助成金交付申請書の郵送手続きについて

【 申請に必要な書類 】

① 市川市子ども医療費助成金交付申請書

裏面の「記入例」を参考に必要事項を記入してください。

※振込先の口座は、父または母の口座を指定してください。

② お子さんの健康保険証のコピー

③ 領 収 書

受診したお子さんの氏名・診療年月日・保険点数 が明記されている領収書が必要です。

※上記の内容が記載されていないときは、領収書の空欄に記載をうけてください。(手書きでも可)

※整骨院等の領収書で保険点数が無い場合は、受診ごとに健康保険適用分の金額の記載をうけてください。

※**領収書は、必ず原本を提出してください。** コピーでは受付ができません。

※医療機関ごとに同月内で 21,000 円 (7,000 点もしくは) を超える支払いのある領収書は後日原本を返却します。

領収書（通院・調剤）の返却を希望する場合

領収書の原本とコピーを一緒にお送りください。確認後に、原本を返却します。

なお、返信用封筒（宛名を記入し、返信に必要となる料金の切手を貼ったもの） も同封してください。

- ・高額療養費など、健康保険組合等から給付を受けた場合は、その金額が分かる通知書等をあわせて提出してください。なお、全国健康保険協会にご加入の方で同月内に 21,000 円 (7,000 点もしくは 10,500 点) 以上の医療費を申請される時は、高額療養費の支給決定通知又は不支給決定通知の提出が必須となります。
- ・医療機関で健康保険証を提示せず10割負担した場合は、医療機関または健康保険組合等で精算後に申請してください。(健康保険組合等で精算した場合には、健康保険組合等から支給された金額が分かる通知と、10割負担した領収書(コピーでも可)が必要です。)

【 申請後の振込みについて 】

- ・申請は毎月末に締め切り（こども福祉課必着）、2ヶ月後の月末に振り込みます。
ただし、入院等の領収書で健康保険組合等の照会が必要になる場合などは、振り込みが遅れることがあります。
- ・振込日の数日前に、「市川市子ども医療費助成可否決定通知書」を郵送します。
ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

【 問合せ先 】

市川市 こども福祉課 医療費助成担当 〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号
☎ 047-712-8539

記入例

様式第6号（第13条関係）

（ダウンロード用）

市川市子ども医療費助成金交付申請書

市川市長

令和〇〇年〇〇月〇〇

申請者 住 所 **市川市八幡1-1-1**
(保護者) 氏 名 **八幡 太郎**
電 話 **047(334)1111**

次のとおり子ども医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受診者氏名	八幡 一郎	生 年 月 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
-------	--------------	---------	--------------------

加入医療保険	保険者番号			記号・番号		
	保険者名	保険証の写しを添付				2 国保 組合 4 その他
	被保険者 (組合員) 氏 名					資格取得 年 月 日
	そ の 他					
振込先	市川		銀行 金庫 組合	支店番号 〇 〇 〇	本 八 幡	支 店 出張所
	口座番号	普通 貯蓄	1234567	口座名義人 フリガナ	ヤワタ タロウ	

高額療養費等に係る承諾書 (同月内で21,000円以上の医療費の支払いがある場合のみ記入) 私は、市川市子ども医療費助成制度における助成金の算定に必要な高額療養費及び附加給付金の内容について、保険者に照会することを承諾します。 被保険者(組合員)氏名 八幡 太郎 受付者：	
---	--

※職員記載欄

附加給付内容			
平成 年 月～ 千円 控除 割	平成 年 月～ 千円 控除 割	入院 ，	入院 ，
円未満切捨て	円未満切捨て	通院 ，	通院 ，
円未満不支給	円未満不支給	計 ，	計 ，