子ども医療費助成金交付申請書の郵送手続について

【 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、保護者の口座を指定してください。

② **こどもの健康保険情報がわかるものの写し**

資格確認書、マイナポータルの健康保険情報が確認できる画面など

③ **領収書の原本**（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。）

こどもの氏名・診療年月日・保険点数・医療機関名が明記されている領収書が必要です。

※医療機関で健康保険情報がわかるものを提示せず、医療費を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。）

※整骨院等の領収書で保険点数の記載が無い場合は、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。

※医療機関ごとに同月内で 21,000 円（7,000 点もしくは 10,500 点）を超える支払いのある領収書の原本は支給決定通知書を送付する際に返却します。

領収書の返却を希望する場合

上記書類のほか、④**領収書のコピー**、⑤**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）を同封してください。確認後に、領収書の原本を返却します。

・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場合は、高額療養費の“支給決定通知”または“不支給決定通知”の提出が必須となります。

【 申請後の振込みについて 】

・申請は毎月末に締め切り（子育て給付課必着）、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、振り込みが遅れる場合があります。

・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・郵送先 】

市川市 子育て給付課 医療費助成グループ 〒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

令和〇〇年〇〇月〇〇

市川市長

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　花子	生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日

加入医療保険	保険者番号	1122334	記号・番号	55・666
	保険者名	〇〇健康保険組合	保険種別	1 社保　2 国保 3 国保組合　4 その他
	被保険者（組合員）氏名	八幡　太郎	資格取得年月日	令和〇年〇〇月〇〇日
	その他			

振込先	銀行・金庫・組合	市川	支店番号	9 9 9	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（7,000 点又は 10,500 点）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：

お子さんの氏名ではなく、健康保険に加入している被保険者（父、母など）の氏名です。

※同一の月において同一の医療機関への入院が１１日以降又は通院が６回以降の場合は、自己負担金が無料となるため、当該月の１か月分の領収書をまとめて提出ください。

※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 ,