

こども医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

小山市長様										年	月	日			
受給資格者					住所 小山市中央町1-1-1										
(保護者)					氏名 小山 太郎										
電話					×××-××××-××××										
「こども医療費受給資格証」を確認してください。										お子さまの保険証情報を記入してください。					
受給資格証番号		1	2	3	4	5	6	7	加入者 小山 太郎						
受診者	フリガナ	オヤマ ハナコ							記号一番号 〇〇-〇〇〇〇〇						
	氏名	小山 花子							番号 0 1 2 3 4 5 6 7						
	生年月日	令和 5 年 6 月 7 日							名称 ABC健康保険組合						
振込先 あてはまるものに ○をし、新規・変更の時のみ振込先を 記入してください。		変更無		新規 ・ 変更有		〇〇〇		銀行 信金		××		本店 支店		普通	
						(カカデ記入) 口座名義		オヤマ タロウ		口座番号		9876543			
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有			無		

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

保険診療証明書										受診者 ()									
保険種類		国保・社保・後高		自己負担割合 1・2・3割		特定疾病療養受領証の有無		有・無											
診療年		・領収書を紛失した場合 ・領収書に保険点数等の記載がない場合 など 上記に該当する場合は、こちらに医療機関等から保険点数の証明を受けてください。なお、証明手数料は助成されません。								他法負担数		備考							
年																			
年		月		日		医療機関等		所在地											
								名称											
								氏名											
								印											

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法	高額療養費	附加給付額	その他	控除額計	
	何も記入しないでください。							円
	円	円	円	円	円	円	円	円

こども医療費助成申請書

《記入例》

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入してください。

こども医療費受給資格証を見て記入してください。 (中段にある7桁の番号になります)		給資格者 (保護者)	住所 小山市〇〇町〇-〇-〇	年 月 日
受給資格証番号 〇〇〇〇〇〇〇〇		加入 保険	被保険者氏名 小山 太郎	保険証の上部 (2か所)
受診者	フリガナ オヤマ ハナコ	加入 保険	保険証 記号-番号 〇〇〇-〇〇〇	保険証の下部 (6桁または8桁)
	氏名 小山 花子		保 険 者 番 号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	生年月日 H・R 〇年 〇月 〇日		保 険 者 名 称 〇〇健康保険組合	
振込先 あてはまるものに 〇をし、新規・変更有の時 のみ振込先を 記入してください。	変更無	新規 ・ 変更有	〇〇 銀行 〇〇 本店 信金 支店	〇〇健康保険組合
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		(カカナで記入) 口座名義 オヤマ タロウ	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇	〇〇健康保険組合

初めての申請または口座の変更を希望される場合は記入してください。

《申請にあたっての注意事項》

- 申請の有効期間は、診療月の翌月初日から1年以内です。
 (例) 4月3日診療分…5月1日から受付開始、翌年4月末日こども政策課必着分まで有効です。
 診療月から1年を過ぎてしまったものは、お預かりできません。
- 医療機関で支払った後発行される「領収書」を添付してください。(ホチキスなど外せるもので添付してください。)ただし、受診者名、医療機関名、診療日、保険点数、負担割合、診療科目、入院・外来の別が明記されているものに限りです。
- 『上記の条件を満たす領収書が発行されない』、『領収書を紛失した』などの場合
 診療を受けた翌月10日以降に、医療機関で申請書の医療機関記入欄に「保険点数証明」を受けることで、領収書の代わりとなります。ただし、証明手数料がかかる場合があります。(証明手数料は助成されません。)
- 提出された領収書は、お返しできません。
- 領収書のコピーで申請をする場合は、ご提出の際に、必ず「コピー」と「原本」を一緒にお持ちください。
 コピーと原本に相違がないことを確認した上で、小山市の受付印を押印し、原本をお返しします。
 ※郵送によるご提出で、この方法をご希望の場合は、原本返送用の封筒と切手を必ず同封してください。
- 同一の医療機関の、最大で3か月分を、1枚の申請書でまとめて申請ができます(受診者が同一の場合に限ります)。
 ※ただし、以下の場合は申請書を分けていただくようお願いいたします。
 ・処方箋を作成した医療機関と、調剤薬局
 ・(同一の医療機関の場合も)入院と、外来
 ・(同一の医療機関の場合も)歯科と、その他の診療科
 (例) AさんがB病院を3回受診し、小児科1月診療、歯科1月診療、外科5月診療の領収書がある場合
 …小児科1月診療と外科5月診療は、申請書1枚にまとめられます(同一医療機関の2か月分)。
 歯科1月診療は申請書を分ける必要があります。

《助成金のお支払いについて》

- 助成金は口座振込です。原則、保護者の方名義の口座をご利用ください。
 児童手当等とは別の制度です。こども医療費助成制度として口座のご登録が必要です。
- 毎月20日までにこども政策課必着分につき、翌月末のお振込みとなります。
 ただし、高額療養費等の他制度を利用できる場合や、別途審査が必要なものは、お振込みが数か月遅くなる場合がございますので、ご了承ください。
- 振込通知書をお送りしていません。振込は通帳記入等をしてご確認ください。
 通帳には「ヤマトモリヨウジヤシ」と記入されます。
- 医療費助成を受けたものは、確定申告の医療費控除の対象となりません。

《入院等で、医療費の支払い金額が高額になったとき》

- 加入する健康保険組合等から、高額療養費や附加給付等の給付を受けられる場合があります。
 給付を受けた場合は、保険組合等からの「支給決定通知書」等の書類を、医療機関の領収書と併せてご提出ください。
 (健康保険から発行される書類は、健康保険ごとに名称が異なりますので、ご注意ください。)

《提出先》

保育課窓口 または 小山市役所各出張所
 ※出張所での提出の場合、保育課に到着するまで数日かかる場合があります。

郵送での申請も可能です。封筒に切手を貼り、住所氏名を必ず記入してお送りください。
 (宛先) 〒323-8686 小山市中央町1-1-1 小山市教育委員会 保育課 こども給付係

《お問い合わせ》 小山市教育委員会 保育課 こども給付係 TEL:0285-22-9634