

| | |
|-------|--------|
| 市受付印欄 | ①申請書番号 |
| | |

年　月　日

玉名市長様

住所

氏名

TEL () -

子ども医療費助成申請書（乳幼児用）

医療費の助成を受けたいので、玉名市子ども医療費助成に関する条例施行規則第4条の規定により、次とおり申請します。

申請者が記入する欄（受給者証を見て記入してください。）

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|-----------|------|-------|
| 受給者氏名 | | | | | | | | ②生年月日 | H・R 年 月 日 | | |
| ③受給者番号 | | | | | | | | 健康保険の種類 (該当に○) | 市町村国保 | 組合国保 | 協会けんぽ |
| ④保険者番号 | | | | | | | | | 組合健保 | 共済 | その他 |

医療機関・保険薬局が記入する欄

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|-----|----|---|------------------|---------------------|--------------------|------------|------------|-------|-------|------------|--|
| ⑤診療年月 | | 年 | | 月 | ⑧診療種別 (該当欄に○) | | | | | | | | |
| ⑥診療区分 (該当欄に○) | 入院 | 入院外 | 調剤 | | | | | | | | | | |
| ⑦日数 | 日 | | | | 1 一般 | 2 歯科 | 3 難病 更生 特定疾病 | 4 育成 療育 | 5 訪問 看護 | 6 補装具 | 7 その他 | 8 精神 小慢 | |
| 一部負担金 (右詰めで頭に￥を付ける) | | | | | | | | | | | | 円 | |
| 保険総点数 | | | | | | | | | | | | 点 | |
| 公費負担点数 (他公費がある場合のみ記入) | | | | | | | | | | | | 点 | |
| ⑩医療機関又は 保険薬局コード | | | | | | ⑪処方せん発行の 医療機関コード | | | | | | | |

※一部負担金は、入院時食事療養費に係る定額負担金を除く。

上記の金額を徴収したことを証明します。

年　月　日　住所

名称

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|-------|--------|---|--------|--|--|---|
| 市　　処　　理　　欄 | | | | | | | | | | | | | |
| ※21,000円以上の際は、確認すること。 合算（有　無） 区分（課税　非課税）⇒高額該当（有　無） 回数（1～3　4～　） | | | | | | | 高額療養費 | ⑭世帯合算 | 有 | | | | |
| | | | | | | | | ⑮世帯限度額 | | | | | |
| | | | | | | | | ⑯支給決定額 | | | | | |
| | | | | | | | | ⑰現物給付額 | | | | | |
| | | | | | | | | ⑱現物対象 | 有 | ⑲限度額適用 | | | 有 |

医療費助成申請書を提出される際は、次のことにご注意ください。

1 助成対象について

窓口無料（現物給付）の対象となる医療費

- ・熊本県内の保険医療機関（医科及び歯科）における外来診療（整骨院等を除く。）
- ・熊本県内の保険薬局における調剤

医療機関の窓口で毎回健康保険証及び子ども医療費受給者証を提示してください。一部負担金の支払が不要になります。

窓口無料（現物給付）の対象とならない医療費

※ 医療機関窓口で一部負担金の支払をしてください。助成申請書を提出された後戻し（償還払い）します。

- ・入院に要した費用
- ・熊本県外の医療機関で受診した費用
- ・治療用装具の購入に係る費用
- ・1つの医療機関における1月当たりの一部負担金の額が21,000円以上となった場合
- ・その他保険証を提示して一部負担金を支払った場合（整骨院等を含む。）

2 助成申請書の提出方法

【入院された場合】

・玉名郡市内

助成申請書の「申請者が記入する欄」に記入し、「医療機関・保険薬局が記入する欄」に医院、保険薬局等で証明を受け、子育て支援課又は各支所市民生活課に提出してください。

※ 市役所窓口で高額療養費等の確認がありますので、医院、保険薬局等でのお預かりはできません。

・玉名郡市外

助成申請書の「申請者が記入する欄」に記入の上、医院、保険薬局等で証明を受け、又は領収書を添えて申請してください。領収書は受給者氏名、診療月、保険診療一部負担金及び保険薬局の調剤一部負担金が明記され、領収印があるものが必要です。レシートでの受付はできません。

【熊本県外の医院等で診療を受けられた場合】

※ 玉名郡市外の入院と同じ申請方法になります。

3 支払について

医療保険が適用された費用額のうち、一部負担金を戻します。ただし、医療保険から高額療養費、一部負担還元金、家族療養付加給付金その他公的制度による災害共済給付等があるときは、その額を差し引いて戻します。

※ 上記により各月20日（土、日又は祝日のときはその翌日）までに提出された分は、翌月15日（土、日又は祝日のときはその前日）にお届けの口座に振り込みます。

なお、21日以降月末までに提出された分は、翌々月15日の振込みとなります。

※ 医療費助成を受けられた額については、税控除等には使用できません。

4 助成申請書の申請期間

- (1) 診療月の翌月1日以降に助成申請書を子育て支援課又は各支所市民生活課窓口に提出してください。
- (2) 診療月の翌月から起算して1年以内は申請することができます。

※ 4月診療分を例にすると、翌月5月から翌年4月までが申請期間となります。翌年5月になると1年を超える申請できなくなりますのでご注意ください。

5 学校保険について

学校保険を利用される場合は、子ども医療費助成制度の対象となりません。医療機関窓口で一部負担金の支払をしてください。