

玉名市子ども医療費助成申請書(乳幼児用)

市受付印欄

①申請書番号

市役所へ申請書提出の際は、必ず受給者証をご持参ください。
『申請者が記入する欄』を必ず記入してください。
記入漏れがあるものについては、受付できません。

玉名市長 様

年 月 日

下記の一部負担金を支払いましたので、この支払額に係る医療費を支給されたく申請します。
なお、一部負担金が高額療養費に該当する場合は、私の属する医療保険(記載者全員)に係る税額の閲覧に同意します。

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	年 月 日
	住所	玉名市	電話	—
③受給者番号			健康保険の種別 (該当に○)	市町村国保組合 協会けんぽ
④保険者番号				組合 共済 その他

医療機関・保険薬局で記入する欄

⑤診療年月	年 月	年 月	⑧診療種別 該当欄に○を記入してください。									
診療区分の該当欄に○、日数を記入してください。	⑥区分	1 入院	2 入院外	3 調剤								
	⑦日数				1 一般	2 歯科	3 更生特定疾病	4 育成療育 養育	5 訪問看護	6 補装具	7 その他	8 精神小慢
金額は右詰めで記入し、頭に¥を付けてください。	一部負担金							円	⑨院外処方 有・無 (いずれかに○印)			
	保険総点数							点				

(一部負担金の欄は、入院時食事療養費に係る定額負担金を除く。)

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	
----------------	--	-----------------	--

※コードが分からない場合は、名称をご記入ください。

上記の金額を領収したことを証明します。

年 月 日

住所

名称

⑩

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			
担当者確認印		⑮世帯限度額				
⑫追加支給		有	⑯支給決定額			
⑬助成対象額			⑰現物給付額			
			⑱現物対象	有	⑲四捨五入	有
				⑳限度額適用	有	

(裏面)

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・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と子ども医療費受給者証を提示してください。一部負担金の支払いが不要になります。

窓口無料（現物給付）の対象とならない医療費

※一旦窓口でお支払いいただき、助成申請書の提出後払い戻しいたします。(償還払い)

- ・入院にかかる費用 ・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
- ・一つの医療機関における月ごと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るか、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、保険薬局の調剤一部負担金が明記され、領収印があるものとします。レシートでは受付できません。

【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、一部負担金をお支払いします。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お支払いします。

※上記により各月20日(土、日、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、祝日のときは前日)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日の振込みになります。

※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、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、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いをしていただきます。

《問い合わせ先》 玉名市役所 子育て支援課 TEL 75-1120 岱明支所 市民生活課 TEL 57-1111
横島支所 市民生活課 TEL 84-3111 天水支所 市民生活課 TEL 82-3111