

赤磐市子ども医療費給付制度のお知らせ



～ 平成28年4月診療分より高校生等も助成の対象です ～

赤磐市では、子育てにかかる経済的負担の軽減と子どもの健康保持と増進のため、高校生等までのお子様を対象に、保険診療による医療費を助成します。

高校生等は、保険診療による医療費の自己負担が、3割から1割に軽減され、保護者様からの申請により2割を助成しますので、病院などで受診された場合は、「子ども医療費給付申請書」により申請してください。

なお、中学3年生までは、医療機関等の窓口健康保険証と乳幼児等医療費受給資格者証を提示すると、医療費の自己負担は無料です。

1 高校生等の助成内容

高校生等	赤磐市に住所があり、健康保険に加入している高校生等で、婚姻している人を除く。 (満15歳に達した日以後の最初の4月1日から満18歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある人)
助成される医療費	保険診療による医療費の自己負担が、3割から1割に軽減され、保護者からの申請により2割を助成する。 (文書料や予防接種等の保険診療外の費用と食事療養費は対象外)

2 申請方法等

高校生等が病院などで受診された場合は、償還給付により助成しますので、保護者様は、下記により、申請のための手続きをお願いします。(医療費受給資格者証は交付しません。)

- ① 医療機関等の窓口で、いったん、自己負担分全額を支払ってください。
- ② 「子ども医療費給付申請書」に記入、押印して、申請窓口提出してください。
*申請書は、診療年月ごと、医療機関等ごとに必要です。
*申請書は、申請窓口にあります。
- ③ 「子ども医療費給付申請書」には、医療機関等が発行した領収書を添付してください。
*患者氏名、医療機関名と所在地、領収印、診療(調剤)日、保険点数が記載された領収書を添付してください。
*健康保険から高額療養費や附加給付金が支給される場合は、保険者が発行した支給決定通知書を添付してください。
- ④ 「子ども医療費給付申請書」を提出される際には、お子様の健康保険証を提示してください。
*お子様の受給資格を確認します。
- ⑤ 後日、赤磐市から、助成される金額を指定口座に振り込みます。
- ⑥ 申請は、「診療月の翌月の1日から5年」可能ですが、早めの手続きをお願いします。

3 他制度の優先

- ・「心身障害者医療費受給資格証」又は「ひとり親家庭等医療費受給資格証」を持っている高校生等は、該当の受給資格証を使ってください。
- ・生活保護受給世帯のお子様は対象外です。

4 助成方法等

中学3年生までのお子様は、医療機関等の窓口健康保険証と乳幼児等医療費受給資格者証を提示することで、原則、医療費の自己負担は無料です。(現物給付)

対象者		自己負担	助成方法
中学3年生まで (乳幼児等)	満15歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある人	無料 (自己負担なし)	現物給付
高校生等	満15歳に達した日以後の最初の4月1日から満18歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある人 (婚姻している人を除く)	1割	償還給付

5 お問い合わせ・申請窓口

赤磐市役所	健康増進課 (山陽保健センター)	〒709-0898 赤磐市下市 344	086-955-1117
赤坂支所	健康福祉課	〒701-2292 赤磐市町苅田 516	086-957-4822
熊山支所	健康福祉課 (熊山保健福祉総合センターほほえみ)	〒709-0792 赤磐市松木 623	086-995-1293
吉井支所	健康福祉課	〒701-2595 赤磐市周匝 136	086-954-1374

こんな時、お電話ください。

夜間・休日の医療機関のご案内	赤ちゃんが夜中に熱を出した	手当や応急処置を教えてください	検診結果(データ)について教えてください	家族の介護について相談したい
----------------	---------------	-----------------	----------------------	----------------

あかいわ健康・急病相談ダイヤル
専用ダイヤル 携帯・PHS通話可

0120-118-384
(24時間年中無休/通話料・相談料無料)

あかいわ健康・急病相談ダイヤルに関するお問合せ
赤磐市役所 健康増進課 TEL.(086)955-1117(直通)

様式第6号(第5条関係)

心身障害者・子ども・ひとり親家庭等 医療費給付申請書

年 月 日

赤磐市長 様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名 (保護者)				受給資格者 との続柄	
申請者住所 (保護者)	〒	—	TEL	()	
受 給 者	フリガナ			受給資格者 の生年月日	平成 年 月 日
	氏 名				
	加入保険者名 (会社名)		保 険 記号番号		附加給付 有(内容)・無
	他の制度による医療費の支給の有無		有(制度名)・無		単県公費受給 資格者番号

診療年月	年 月 分
医療機関等の名称☆	所在地

☆保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、柔道整復施術所等の名称、所在地を記入してください。

受診科	入・外	請求期間	発行日	保 険	
				合計	負担額
					円
					円
					円
					円
					円
			計	円	円

※領収証又は療養費支給決定通知書を添付してください。
 ※「入・外」区分の「外」には、指定訪問看護を含みます。

口 座 番 号	金融機関の名称	()銀行・信用金庫・農協()本店・支店・支所
	口座種別と 口座番号	普通 預 金
	フリガナ	口座番号
	名 義 人	

市 町 村 記 入 欄 ※	診療年月		受給資格者番号				
	医療機関等コード		入外				
	加入保険者番号		国保被保険者証番号				
	老人受給者番号		決定点数(金額)				
	性別	生年月日	日数	給付割合			
	総医療費(A)	窓口負担額(B)	高額療養(医療)費 自己負担限度額 (C)	他法公費自己負担 限度額(月額)(D)	単県公費一部負担 上限額(月額)(E)	単県公費 償還給付額 (F)	
	円	円	円	円	円	円	
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	主 査	係	システム入力	支出命令
						月 日	月 日

※(E)欄は、一部負担上限額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならないよう留意。
 ※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F) = (D) - (E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。
 ※高額療養(医療)費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F) = (C) - (E)
 ※高額療養(医療)費及び他法公費に該当しない場合は、(F) = (B) - (E)

記入例

高校生等

様式第6号(第5条関係)

心身障害者・子ども・ひとり親家庭等 医療費給付申請書

平成 29 年 6 月 2 日

赤磐市長 様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名 (保護者)	赤 磐 太 郎 (印)			受給資格者 との続柄	父	
申請者住所 (保護者)	〒 709 - 0898 赤磐市下市344			TEL	086 (955) 1117	
受給資格者	フリガナ	アカイワミライ			受給資格者 の生年月日	平成 13 年 10 月 5 日
	氏 名	赤 磐 未 来				
	加入保険者名 (会社名)	全国健康保険協会 岡山支部	保 険 記号番号	12345678 123	附加給付	(有) (内容) ・ 無
	他の制度による医療費の支給の有無	有 (制度名) (無)			単県公費受給 資格者番号	

診療年月	平成29年5月分		
医療機関等の名称☆	〇〇〇クリニック	所在地	岡山市東区〇〇〇

☆保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、柔道整復施術所等の名称、所在地を記入してください。

受診科	入・外	請求期間	発行日	保 険	
				合計	負担額
内科	外来	5月10日~5月10日	5月10日		2,060 円
					円
		*領収書を添付してください			円
					円
			計	円	2,060 円

※領収証又は療養費支給決定通知書を添付してください。
※「入・外」区分の「外」には、指定訪問看護を含みます。

口座番号	金融機関の名称	(〇〇〇) 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 (〇〇〇) 本店 ・ 支店 ・ 支所
	口座種別と 口座番号	普通預金 口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	アカイワタロウ
	名 義 人	赤 磐 太 郎 *申請者(保護者)の口座を記入してください。

市町村記入欄※	診療年月		受給資格者番号				
	医療機関等コード		入外				
	加入保険者番号		国保被保険者証番号				
	老人受給者番号		決定点数(金額)				
	性別	生年月日	日数	給付割合			
	総医療費(A)	窓口負担額(B)	高額療養(医療)費 自己負担限度額 (C)	他法公費自己負担 限度額(月額)(D)	単県公費一部負担 上限額(月額)(E)	単県公費 償還給付額 (F)	
円	円	円	円	円	円		
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	主 査	係	システム入力	支出命令
						月 日	月 日

※(E)欄は、一部負担上限額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならないよう留意。

※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F)=(D)-(E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。

※高額療養(医療)費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F)=(C)-(E)

※高額療養(医療)費及び他法公費に該当しない場合は、(F)=(B)-(E)