

償還払いの申請（子ども医療費助成金交付申請書）について

B

県外受診等、受給券を提示せず支払った保険適用の医療費や、装具代等の請求に使用します。

ただし、学校管理下・第三者行為によるケガや病気等は、子ども医療費助成制度の対象となりません。

申請に必要なもの

① **保険適用の領収書原本**（医療機関等発行のもの）

※領収金額のみ記載の場合は、医療機関等で受診者、保険点数（総医療費）を記入していただいでください。

② 印鑑（スタンプ印不可）

③ お子さまの健康保険証

④ 子ども医療費助成受給券

⑤ 振込先のわかるもの（通帳・キャッシュカード等）

②～⑤は、申請書の記入に必要なものです。
添付は不要です。

↓下記に該当する場合は、追加書類等が必要になります。

●**他の公費負担制度を利用している場合** ※小児慢性、自立支援、指定難病等

⑥ 各制度の受給者証のコピー（自己負担上限額管理票がある場合はそのコピー）

●**療養費払い(10割負担、補装具・眼鏡等)の場合** ※先に健康保険で手続きが必要です！

⑦ 領収書のコピー（健康保険に原本提出となります）

⑧ 健康保険が発行する療養費支給決定通知のコピー

⑨ 医師の証明、指示書、処方箋いずれかのコピー（補装具・眼鏡の場合）

●**高額な医療費の場合** ※受診から**3か月経過後**に申請してください。

⑩ 健康保険発行の「高額療養費等決定通知」のコピー、又は「高額療養費等支給証明書」

申請書下欄の同意書に記入

※**高額な医療費**＝同月・同医療機関(院外処方含む)で、保険診療で**21,000円以上**支払ったもの

保険診療で21,000円以上の医療費を支払った場合、健康保険から「高額療養費」や「付加給付金」が支給されることがあります。子ども医療費助成では、高額療養費等の支給決定額を差し引いた額から助成決定するため、次のとおり支給証明書等を添付してください。

①受診から3か月経過後、ご加入の健康保険に高額療養費等の支給申請を行ってください。

②健康保険から高額療養費等決定通知が発行されましたら、通知のコピーを添付してください。

社内システム等で支給状況がわかる場合は、該当月の箇所を印刷してください。

③不支給等を理由に健康保険から通知が発行されない場合は、申請書付属の「高額療養費等支給証明書」を健康保険に提出し、証明を受けてください。

申請期限と助成金の振込について

申請受付の期限は、医療費を支払った日の翌日から起算して**2年以内**です。

原則**受付の翌月末日**に振込予定です。振込の1週間ほど前に、決定通知を送付します。

領収書原本の返却について

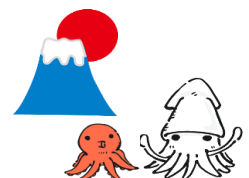
医療費控除の申告等の目的で、領収書の原本返却を希望する場合は、「領収書の原本」と「領収書のコピー」を添付し、申請書右上に「原本返却希望」と記入してください。決定通知送付時に認証印を押して返却します。

申請書、証明書等は、下記からダウンロードできます。

(流山市ホームページ→広報ID検索バー→「1001256」で検索)

〒270-0192 流山市平和台1-1-1 流山市役所 子ども家庭課 給付係

☎04-7150-6082 (直通)



子ども医療費助成金交付申請書(償還払い)

年 月 日

(宛先) 流山市長

申請者 住 所

氏 名

印

(子どもとの続柄

)

電話

受給者番号	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	子ども氏名				
加入健康保険	名 称			資格取得日	年 月 日
	記 号		番 号		
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行・金庫 組合・農協		銀行コード	
	支 店 名	本店・支店		支店コード	
	預金種類	普通	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人	申請者と同じ名義口座 を記入してください			

21,000円以上(保険診療分)の申請をする ※該当の場合、チェック
 同月・同医療機関(院外処方含む)で21,000円以上支払った場合、高額療養費等支給証明書等の添付が必要です。(添付が無い場合、受付できません。ご確認ください。)

※高額療養費等について、市が保険者に問い合わせることがあります。その際、被保険者の方の同意が必要となる場合があるため、下記に同意する旨の記名押印をお願いします。

同 意 書

(宛先) 流山市長

子ども医療費助成金交付申請にあたり、私及び私の家族の医療費(年 月診療)に係る高額療養費等の支給状況について、流山市が保険者に照会することに同意します。

年 月 日

住所 _____

お子様の保険証
の被保険者名 氏名 _____ 印

記入例

子ども医療費助成金交付申請書(償還払い)

〇〇年△△月〇〇日

(宛先) 流山市長

申請者 住所 流山市平和台〇-〇-〇

氏名 流山 太郎

(子どもとの続柄 父
電話 04-1234-1234必ず押印してください
(シャチハタ不可)

流山印

受給者番号	1234567	フリガナ	ナガシヤマ ソラ		生年月日	R1年8月1日						
		子ども氏名	流山 空									
加入健康保険	名称	〇〇〇健保			資格取得年月日	R1年8月1日						
	記号	123	番号		45678							
振込口座	金融機関名	流山		銀行・金庫 組合・農協	銀行コード	9999						
	支店名	平和台		本店・支店	支店コード	111						
	預金種類	普通		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	ナガシヤマ タロウ										
	口座名義人	申請者と同じ名義口座 を記入してください		流山 太郎								

 21,000円以上(保険診療分)の申請をする ※該当の場合、チェック

同月・同医療機関(院外処方含む)で21,000円以上支払った場合、高額療養費等支給証明書等の添付が必要です。(添付が無い場合、受付できません。ご確認ください。)

※高額療養費等について、市が保険者に問い合わせることがあります。その際、被保険者の方の同意が必要となる場合があるため、下記に同意する旨の記名押印をお願いします。

同意書

(宛先) 流山市長

子ども医療費助成金交付申請にあたり、私及び私の家族の医療費(R1年 8月診療)に係る高額療養費等の支給状況について、流山市が保険者に照会することに同意します。

〇〇年△△月〇〇日

住所 流山市平和台〇-〇-〇

必ず押印してください
(シャチハタ不可)お子様の保険証
の被保険者名

氏名 流山 太郎

流山印