

# 子ども医療費の利用の仕方

## 1 子ども医療費の資格登録

記入した登録申請書と必要書類を窓口に提出してください。  
受給資格証が届いたら、間違いがないか確認しましょう。



- さぬき市・東かがわ市の医療機関を受診した場合・・・②へ
- 接骨院、さぬき市・東かがわ市以外の医療機関を受診した場合・・・③へ
- 入院した場合、高額な医療費となった場合・・・④へ

## 2 さぬき市・東かがわ市の機関を受診

(1) 医療機関の受付で保険証と受給資格証を提示して受診してください。  
調剤薬局でも利用できます。

(2) 保険診療となる医療費の支払いは不要になります。



## 注意事項

- 助成制度を実施していない医療機関もありますので、その場合は③の手続き方法で請求してください。
- 検査料、薬の容器代、文書料等の保険診療外の医療費や学校管理下でのけがや疾病等は対象外となりますので、お支払いください。

### 3

## 接骨院、さめき市・東かがわ市以外の医療機関を受診

- (1) 医療機関(薬局含む)の受付で保険証を提示して受診してください。  
会計で医療費をお支払いください。
- (2) 医療機関ごとに1か月単位で支給申請書に証明を受けてください。
- (3) 支給申請書を子育て支援課、生活環境課、各支所、出張所に提出してください。
- (4) 支給申請書を提出した月の翌月25日(休日の場合は翌営業日)に登録していただいた口座に振り込みます。



受付

### 注意事項

- 検査料、薬の容器代、文書料等の保険診療外の医療費や学校管理下でのけがや疾病等は対象外となります。
- 医療機関によっては100円前後の文書料がかかる場合があります。
- 医療機関によっては受診月の翌月以降に証明できるようになるところがあります。
- 支給申請書は市の窓口(子育て支援課、生活環境課、各支所)にあります。  
また、市のホームページからもダウンロードできます。
- 市の支給申請書の受付期間は受診月から5年間です。  
(健康保険の手続きの期間が決まっているものもあるため、なるべく1年以内に提出してください。)

入院する場合はさぬき市・東かがわ市の医療機関であっても、③の手順での返金となりますので、立替払が必要となります。

高額な医療費の場合は、③の手順にあわせて、次のどちらかの手続きが必要になります。

### (1)高額療養費の限度額認定

医療費のお支払い前に加入している健康保険で限度額の認定を受け、医療機関の窓口にて認定証を提示してください。

医療費を支払った後は通常通り支給申請書を提出していただくと、翌月25日(休日の場合は翌営業日)に振り込みます。

自己限度額以上(所得によって額が異なります)の立替払が必要なくなります。

### (2)高額療養費の手続き

医療費を支払った後に、加入している健康保険で高額療養費の手続きを行います。

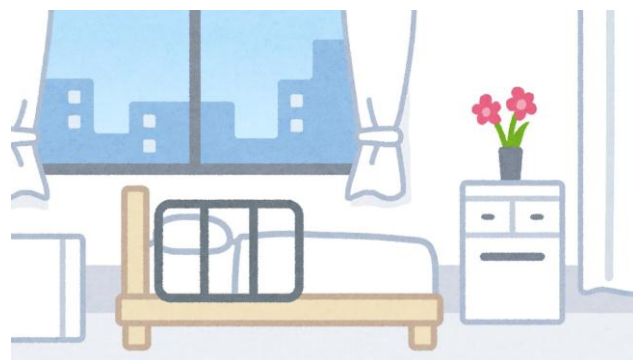
数カ月後に健康保険から高額療養費が振り込まれますので、市に支給申請書と、保険者から支払われた高額療養費の額が分かるものを一緒に提出してください。

また、21,000円以上の医療費を支払った場合は、

- ・ご家族の中で21,000円以上の医療費がかかっている方がいないか
- ・限度額の区分について

上記の2点についてお伺いする場合がございますのでご協力をお願いします。

**お問い合わせ先**  
**さぬき市 子育て支援課**  
**TEL : 0879-52-2517**



## 見 本

③の場合は支給申請書にこのように記入して提出してください。

## 子ども医療費支給申請書

お子様の加入している健康保険の  
被保険者の名前を記入

受給対象児	受給者番号	1234567
	住所	さぬき市長尾東 888 番地 5
	氏名	さぬき 明
	生年月日	平成△△年○月□日生
	電話番号	090-1111-1111
被保険者	氏名	さぬき 光

下記の一部負担金を支払いました

提出日を記入

平成〇〇年 △月 □日  
医療費を支給されたく申請します。

申請者氏名 さぬき 光

さぬき

\*(医療機関等記入欄)

## 診療報酬等による一部負担額

何月分の診療か、保険

( 年 月分)

保険の種類

押印が必要です

区分	入院	入院外	訪問看護療養費基本利用料支払額
診療報酬点数	点	点	訪問看護療養費総額 円
他法負担点数	点	点	基本利用料 円
保険者負担点数 (高額医療分を除く)	点	点	他法等支給額 円
本人負担額(注1)	円	円	本人負担額 (その他利用料は含まない) 円
入院開始年月日(注2)	年 月 日 継続		訪問回数 回
本月の入院継続日数 又は入院外診療日数	日		

証明年月日 年 月 日

医療機関コード番号  
(お手数ですが、記入をお願いします。)

医療機関又は訪問看護事業

印

注1 医療  
注2 入院  
○印

の部分は医療機関に証明をもらってください。

場合には、継続に

保護者の方は記入しないでください。

診療報酬	本人負担額 A	負担額 B	C	$D=A-(B+C)$	訪問看護療養費 E	基本利用料 F	支給決定額 G $G=E-F$
	円	円	円	円	円	円	円