

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。
受給資格者証が届いたら、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、医療費が高額になった場合・・・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者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

- 一部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の手続方法で請求してください。
- 健診料、薬の容器代、文書料等の保険診療外の医療費は対象外となりますので、お支払いをお願いします。
- 学校管理下でのけがや疾病等は、日本スポーツ振興センター災害共済給付金制度の対象となるため、子ども医療費は使わずに立替払いをお願いします。

- (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。
会計で医療費の自己負担分の立替払いをお願いします。
- (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)にご登録された口座に振り込みます。



受付

注 意 事 項

- 健診料、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、各出張所)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。
- 支給申請書の受付期間は、受診月の翌月から5年間です。
(入院等で高額療養費が発生した場合、健康保険の手続期間に期限がある場合があるため、なるべくお早め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、立替払いが必要となります。

高額療養費にあたる部分は、子ども医療費の支給対象外のため、必ず下記のいずれかの手順により、ご加入の健康保険組合等から支給を受けてください。

(1)高額療養費の限度額適用認定

ご加入の健康保険組合等から限度額認定証の交付を受け、支払時に医療機関の窓口にて当該認定証を提示することで、自己限度額以上の立替払が必要なくなります。

(2)高額療養費の払戻しの申請

限度額適用認定を受けていなくて、自己負担限度額以上の医療費を支払った場合は、加入している健康保険で高額療養費の払戻しの申請をお願いします。

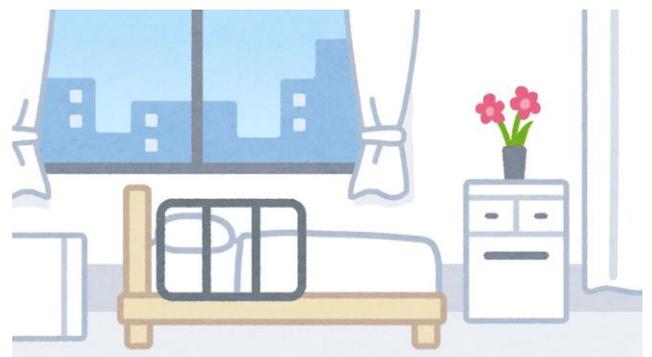
2～3か月後に健康保険から高額療養費支給されますので、市に保険者から支払われた高額療養費の額が分かるもの(支給決定通知の写し等)を提出してください。

また、21,000円以上の医療費をお支払いされている場合は、高額療養費の世帯合算に該当する場合がありますため、同月に同じ保険家族の中で21,000円以上の医療費がかかっている方がいないかお聞きする場合がありますので、その際は御協力ください。

○問合せ先

さぬき市 子育て支援課

TEL:0879-26-9905



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

さぬき市長 殿

お子様の保険証の被保険者の名前を記入

受給者 給児 対象	受給者番号	12345
	住所	さぬき市長尾東 888 番地 5
	氏名	讃岐 市花
	生年月日	平成〇〇年〇月〇日 生
	電話番号	090-XXXX-XXXX
被保険者	氏名	讃岐 市太

下記の一部負担金を支払いましたので

提出日を記入

元年 4 月 1 日

を支給されたく申請します。

申請者氏名

讃岐 市太

讃岐

*(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 保険者負担点数 (高額医療分を除く)	点	点	基本利用料		円
	点	点	他法等支給額		円
	円	円	本人負担額 (その他利用料は含まない)		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

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	F	支給決定額 G $G=E-F$
	円	円	円	円	円	円	円