

子ども医療費の給付について

1. 対象となる人、給付の範囲

- 井原市に住民登録があり、国民健康保険、または他の健康保険に加入している人。
- 資格対象は、満18歳に達した日以降の最初の3月31日まで。

※ただし、次のいずれかに該当する人は対象外です。

- ・ 社会保険の本人である人
 - ・ 所得税法上の扶養親族の要件に当てはまらない人
- 保険診療にかかる自己負担分を全額給付します。

※ただし、下記の場合は対象になりません。

①生活保護受給者や無保険期間

- ②保険外分
- ・ 健診料、予防接種費
 - ・ 特定療養費（紹介状なしの診療など）、予約料
 - ・ 診断書などの文書料
 - ・ 予約料、入院時の食事代、室料差額、電気料等
 - ・ その他 薬の容器代など

③交通事故等（第三者行為）による外傷等 ※この場合、医療機関等に照会が必要

④学校（保育園・幼稚園含む）管理下において不慮の事故で負傷した場合

（学校で加入している日本スポーツ振興センター災害共済給付制度を優先する）

2. 県内の医療機関で受診するとき

- 受給資格者証とマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカード）もしくは資格確認書等を医療機関の窓口に提示することで、原則、医療費（保険診療分）の自己負担はありません。
- 受診時に受給資格者証を提示できない場合は、医療機関の窓口で一旦、料金をお支払いください。その後「子ども医療費給付申請書」に記入し、領収書（レシート不可）を添付のうえ、子育て支援課へ申請してください。後日、指定の口座へ振込みます。

3. 県外の医療機関で受診するとき

- 受給資格者証は使用できません。医療機関の窓口で一旦、料金をお支払いください。その後「子ども医療費給付申請書」に記入し、領収書（レシート不可）を添付のうえ、子育て支援課へ申請してください。後日、指定の口座へ振込みます。

「子ども医療費給付申請書」について

- ☆ 領収書の代わりに、医療機関に診療（調剤）報酬の証明を受けて、申請することもできます。
- ☆ 領収書での申請は、必ず領収書を1か月分まとめてください。
- ☆ 給付申請書は診療月ごと、医療機関ごと（同じ医療機関でも入院と外来は別、医科と歯科のような診療科も別）に1枚ずつ必要です。
- ☆ 払戻しの申請は県内受診・県外受診とも診療日から1年以内に限ります。
- ☆ 入院等で医療費が高額になり、健康保険各法の高額療養費に該当する場合は、先に健康保険の保険者へ高額療養費の請求をしていただく必要があります。

4. 受給資格者証をお持ちの方は、次のような場合届け出が必要です

届け出が必要な場合	持ってくるもの	届け出窓口
市外へ転出するとき（喪失届）	受給資格者証を返却してください	子育て支援課 芳井振興課 美星振興課
氏名・住所が変わったとき（変更届）	受給資格者証	
健康保険証が変わったとき（変更届）	受給資格者証・マイナ保険証もしくは資格確認書等	
受給資格者証の再交付を受けるとき	マイナ保険証もしくは資格確認書等	
生活保護を受けるようになったとき	受給資格者証を返却してください	

お問い合わせ 井原市役所内1階 子育て支援課 電話62-9517

記入例

子ども医療費受給資格者証交付申請書

提出日を記入

年 月 日

井原市長 殿

申請者氏名 (保護者)	井 原 太 郎												
申請者住所 (保護者)	〒 715-0019 TEL △△△-△△△△-△△△△ 井原市井原町311番地1												
主たる生計 維持者氏名	井 原 太 郎						対象者との続柄			父			
個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、受給者証の交付(再発行)を申請します。
なお、申請に当たり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。
また、高額療養費について井原市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を井原市へ支払います。
家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を井原市へ支払います。

申 請 理 由		1 出生 2 転入 3 再発行 4 更新 5 その他()																		
対 象 者	フリガナ ¹	イバラ ハナコ											²							
	氏 名	井 原 花 子																		
	生 年 月 日	平成(令和) 6 年 12 月 2 日											平成・令和 年 月 日							
	性 別 ・ 年 齢	男・女()歳											男・女()歳							
	保護者との続柄	子																		
	他の公費負担制度による医療費の支給	制度名 有() 無()											制度名 有()・無							
個 人 番 号		△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 又 は 世 帯 主 の 氏 名	井 原 太 郎											対 象 者 と の 続 柄		父					
	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記号 12345678 番号 123																		
	保 険 者 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	保険種別			(協) 船・共・組・国・退							
	保 険 者 名 称 (発 行 機 関 名)	全国健康保険協会〇〇支部、井原市、〇〇健康保険組合など											認定年月日 資格取得年月日			令和 6 年 12 月 2 日				
	付 加 給 付	有(内容:) 無()																		
特 記 事 項		再発行の場合の理由																		

(添付書類)

- 医療保険各法の被保険者であることが確認できるもの(個人番号カード等)
※対象者の個人番号カード等の写し。