

制度について

助成対象者は、満 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までにある子どもです。ただし、社会保険各法による被保険者で勤労学生以外（被保険者本人）の子は除きます。

保険適用診療のうち一部負担金（患者負担金）の額から、社会保険各法の規定により給付される療養費を控除した額（入院時食事療養費、高額療養費、附加給付金及び他の法令等の規定により公費負担金がある場合は、その額を控除した額）を全額助成します。

交通事故等により第三者からの賠償として支払われる医療費は助成対象外です。

記入について

1 申請者の記入欄

- (1) 太枠内を記入して下さい。
- (2) 「受給者証番号」欄は、受給者証を確認し、記入して下さい。
- (3) 「保険種別」欄は、診療を受けたときに加入していた保険に、○を付けてください。

2 医療機関等の記入欄（領収書の提出ができないときのみ）

- (1) 「定率一部負担額」欄は、保険適用診療のうち一部負担金（患者負担金）の額を記入して下さい。
- (2) 院外調剤薬局の証明は、処方医療機関と同一の用紙に証明して下さい。

助成申請について

1 申請できる期間及び支払日

○助成の申請は、診療を受けた月の翌月から、6 ヶ月以内です。

（例：令和 6 年 1 月診療⇒令和 6 年 2 月～令和 6 年 7 月末まで申請できます。）

○助成金は、毎月月末を「請求メ切日」とし、「請求メ切日の翌月末」にお支払いします。

（例：令和 6 年 1 月に申請した⇒令和 6 年 2 月末に支払）

2 持参していただくもの（全て揃ってから受付を行います。）

- ・子ども医療費受給者証
- ・領収書原本（患者氏名、診療日、保険内診療点数等がわかるもの）
- ※領収書がない場合、病院・薬局等 医療機関の証明が必要です。
- ・高額療養費支給決定通知書（対象の方のみ）
- ・療養費支給決定通知書（対象の方のみ）
- ・家族等附加給付通知書（対象の方のみ）

お問い合わせ

和水町役場本庁 保健子ども課 子ども家庭係

☎ 0968-86-5730