

乳幼児・義務教育就学児・高校生等・ひとり親家庭等 医療助成費支給申請の概要

医療証資格期間内に医療機関で支払った保険診療自己負担分について、助成対象額が還付されます。該当する方は、申請書に記入のうえ、**領収書（原本）**を添えて申請してください。

1 対象者

東京都外の医療機関で受診された方。
東京都内で医療証を取り扱わない医療機関に受診された方。
医療証が到達する前に受診された方または、医療機関に提示できなかった方。
東京都外の国民健康保険証をお持ちの方。
他の医療助成制度の自己負担分を支払った方で、医療助成制度の自己負担分を超えた方。
治療用の補装具・眼鏡等にかかる費用を支払った方。（必要書類が下記と異なります。）

2 助成できる範囲

医療証の資格期間内に受診し、保険診療分として以下に該当するものを支払った場合。
保険診療の自己負担分のうち、助成対象額
マル乳・マル親（食） 保険診療の自己負担額
マル子・マル青・マル親（一部）
保険診療の自己負担から一部負担金（200円や1割負担など）を引いた額
他の国制度や都制度の医療助成制度の自己負担分が一部負担金を超える場合、その差額。
（ただし、入院時食事療養費標準負担額は除きます。）
学校管理下（災害共済給付）や勤務中（労働者災害補償保険）のお怪我など、他制度の給付がある場合は、その給付額の範囲で助成対象となりません。
一か月検診、予防接種料、選定療養費など、健康保険が適用されないものは助成できません。

3 助成方法

最短で申請をお受けした2～3か月後に、ご指定の口座（普通口座）に決定額を振り込みます。ただし、高額療養費、眼鏡、補装具等に該当している場合は、保険給付の決定後に振り込みます。決定額については、振込み前に通知いたします。

・申請に必要なもの

必要事項を満たす医療機関発行の領収書原本（**コピー不可**、必要事項は裏面参照）。
医療証記載の保護者名義の金融機関の口座番号がわかるもの。（添付不要）
「口座番号がわかるもの」は、窓口申請時の確認用となります。申請書に記載済みの場合は、ご持参不要です。
10割負担・眼鏡・補装具等の場合は、必要書類が変わります。市HP又は下記までお問い合わせください。

・提出方法

市役所 子育て支援課窓口 月～金曜日（祝休日を除く）
浅川・由木・元八王子・北野事務所
八王子駅南口総合事務所 子ども窓口 月～金曜日（祝休日を除く）、日曜日（申請書の受け取りのみになります。）
南大沢事務所
郵送 市役所到着日が申請日となります。郵送事故による不着等の責任は負いかねます。
、 については、開庁時間内にお越しくください。

4 その他の注意事項

健康保険証を持参せず受診された場合や、補装具や弱視用眼鏡等を作成された場合など、1.0割全額負担されている方は、先にご加入の健康保険組合等に療養費の支給申請をしてください。その際は、子育て支援課申請用に必ず領収書の**コピー**（補装具・眼鏡の場合は加えて、診断書等のコピー）をお控えください。詳細は、市HPを確認又は下記までお問い合わせください。
お支払金額が、21,000円を超えている場合は、高額療養費や附加給付に該当している可能性があります。支給状況についてはご加入の健康保険組合等まで、お問い合わせください。
高額療養費等が支給されている場合は、医療助成費との二重給付防止のため、支給額のわかる書類（高額療養費支給決定通知書など）を併せてご提出ください。

問い合わせ先

八王子市子ども家庭部 子育て支援課 給付担当
〒192-8501 八王子市元本郷町三丁目24番1号 TEL 042-620-7368（直通）

医療助成費支給申請書の書き方

支給申請書の記入例

3制度共通		太枠内は必ずご記入ください。		乳(子)育(親) 医療助成費支給申請書	
<input type="checkbox"/> 乳幼児医療費助成制度 <input checked="" type="checkbox"/> 義務教育就学児医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 高校生等医療費助成制度(令和4年4月以降) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成制度		保護者氏名(カタカナ) ハチオウジ タロウ (昭和) 年 月 日生 〒 市 区 丁目 番 号 電話番号 042-620-7368		受付確認年月日	
該当する制度にチェックをつけてください。		氏名(カタカナ) 生年月日 受給者番号 資格期間 ハチオウジ ハナコ (昭和) 年 月 日 ハチオウジ イチロウ (昭和) 年 月 日			
申請理由 <input checked="" type="checkbox"/> 東京都以外で受診 <input type="checkbox"/> 医療証が到達する前に受診 <input type="checkbox"/> その他() <small>補装具・治療用眼鏡など作成 東京都外の国保に加入 その他の場合詳しく理由を記入してください。</small>		申請理由を詳しく記入してください。			
支払希望金融機関 名称 子ども家庭 支店名 子育て 店番 111 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 信用 協賛 出張所 口座番号 口座名義(カタカナ) (普通口座) ハチオウジ タロウ		振込口座は、医療証に記載されている保護者の名義の口座を必ず記入してください。			
病院名等 名称 電話 所在地		領収書に病院名等の記載がない場合は、左記にご記入ください。(複数記入可) 受診者の氏名の記載のない領収書は、裏面に受診者の氏名を必ず記入してください。			
上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。また、本申請書に八王子市が私の世帯の公簿及び医療費に関する情報について、私の世帯の受診した医療機関及び健康保険組合等に調査することに同意します。 年 月 日 八王子市長殿 住所 八王子市元本郷町三丁目24番1号 子育てマンション101号 氏名 八王子 太郎 <small>署名・口座は、医療証に記載されている保護者の方のお名前でご記入ください。</small>					
備考欄・事務連絡欄					
窓口担当者		支払決定金額		円	

該当する制度にチェックしてください。

医療証に表示されている保護者の名前(カタカナ)・生年月日・電話番号を記入してください。

受診された方の氏名(カタカナ)・生年月日をご記入ください。

申請理由を選びチェックしてください。

「その他」の理由を選択された方は、理由も記入してください。

医療証に表示されている保護者名義の普通口座をご指定ください。

領収書に医療機関の所在地・連絡先の記載がない場合、ご記入ください。

医療証に表示されている保護者の住所

・氏名・記入日をご記入ください。
氏名が印字・印刷の場合は押印が必要です。また、ご申請内容に応じて押印を依頼する場合があります。

助成対象となる領収書の必要事項

保険適用かつ領収済であることが記載され、次の事項を満たすものをご提出ください

医療機関名・医療機関の所在地・連絡先

(記載がない場合は、申請書「病院名等」へ記入してください。)

保険点数又は保険分総医療費

(記載がない場合は、医療機関に記載を依頼してください。)

負担割合(20%、3割など)

(記載がない場合は、子育て支援課までお問い合わせください。)

受診者の氏名

(記載がない場合は、領収書裏面に記入してください。)

受診日、受診期間

領収日、領収額

上記が満たされていても、領収状況や領収書の記載内容等により、受付できない場合や追加書類の提出をお願いする場合があります。

領収書は、複数名分を何枚でも添付可能です。

医療費助成の対象外(保険外など)となる主な領収書

保険診療費以外のものや健康保険の適用されないものについては、医療助成費の対象とはなりません。概ね以下のようなものがあります。

- ・入院時食事療養費標準負担額
- ・健康診断(1か月検診、人間ドックなど)
- ・予防接種
- ・選定療養費
- ・診断書、容器代、入院室料差額代等保険外負担
- ・医療機関までの交通費 等

医療助成費の請求期間は、支払日の翌日から5年間です。期間内でも、年数の経過により医療機関等へ調査ができなかった場合、補装具等で保険組合へ未申請の場合(2年)など、5年を待たずに支給できなくなる場合がありますので、ご注意ください。

ご不明な点があれば、子育て支援課までお問い合わせください。