

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

医療証の資格期間内に医療機関で支払った保険診療の自己負担分のうち、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、領収書を添えて申請してください。

対象者

- ① 東京都外の医療機関で受診された方。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 東京都外の国民健康保険証をお持ちの方。
- ⑤ 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や、入院時食事療養費標準負担額相当分を超えた方。
- ⑥ 補装具・眼鏡等にかかる費用を支払った方。

申請に必要なもの

- ★ 医療証に記載されている保護者名義の金融機関の口座番号がわかるもの。
- ★ 医療機関の発行する保険点数と受診された方の名前が記入されている領収書（コピー不可）。

※ 高額療養費・眼鏡・補装具等の場合は、必要書類が変わります。子育て支援課までお問い合わせください。

助成方法

最短で申請をお受けした2か月後に、ご指定の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。

助成できる範囲

医療証の資格期間内に受診し、以下に該当するものを支払った場合。

- ① 保険診療の自己負担分のうち、対象額
乳幼児→保険診療の自己負担額
義務教育就学児・高校生等→保険診療の自己負担から200円を引いた額（入院、調剤は保険診療の自己負担分）
ひとり親家庭等医療（食）→保険診療の自己負担額
ひとり親家庭等医療（一部）→保険診療の自己負担額から一部負担金を差し引いた額
- ② 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。）
※ 健康診断料、予防接種料、文書・診断料、容器代・入院室料差額代に係る費用など、健康保険が適用されないものは助成できません。

その他の注意事項

- * お支払いいただいた金額が、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ので、子育て支援課またはご加入の健康保険組合等まで、お問い合わせください。
- * 保険診療適用内であるにも関わらず健康保険証を持参せず受診された場合、あるいは、補装具や弱視用眼鏡等にかかる費用を支払われた場合など、10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。

申請方法

- ①市役所 子育て支援課窓口 月～金曜日（祝休日を除く） 午前8時30分～午後5時
浅川・由木・元八王子・北野事務所
- ②八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） 午前8時30分～午後7時
日曜日 午前8時30分～午後5時 （ただし、申請書の受け取りのみになります。）
- ③南大沢事務所 月～金曜日（祝休日を除く） 午前8時30分～午後5時
日曜日 午前8時30分～午後5時 （ただし、申請書の受け取りのみになります。）
- ④郵送 子育て支援課到着日が申請日となります。領収書を同封する場合など取扱にご注意ください。

問い合わせ先

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

★こちらのご案内は制度の概要です。
詳しい内容についてはお問い合わせください。

医療助成費支給申請書の書き方

支給申請書の記入例

① 3制度共通 ※本枠内は必ずご記入ください。		(乳) (子) (青) (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5年度以降) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成制度		受付確認年月日 ② 保護者氏名(カタカナ) ハチオウジ タロウ (印) 平成 〇年 〇月 〇日 電話番号 042-620-7368	
受給対象者 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 令和 〇年 〇月 〇日 ③ ハチオウジ イチロウ 令和 〇年 〇月 〇日			
申請理由 <input 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 (※その際の場合詳しく理由を記入してください)		④ 補装具・治療用眼鏡など作成 <input type="checkbox"/> 東京都外の国保に加入	
⑤ 支払希望金融機関 名称 支店名 店番 子ども家庭 銀行 子育て 支店 111 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所 口座番号 口座名義(カタカナ) (普通口座) 1 2 3 4 5 6 7 ハチオウジ タロウ		⑥ 病院名等 名称 電話 所在地 保護者番号 記号 番号	
上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。また、本申請に関して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、私の世帯を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。 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 ⑦ ※ 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。		⑧ 備考欄・事務連絡欄	
窓口担当者		支払決定金額 円	

- ① 該当する制度にチェックしてください。
- ② 医療証に表示されている保護者の名前・生年月日・電話番号を記入してください。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 医療証に表示されている保護者の住所・氏名をご記入ください。
※ 氏名が印字の場合や他機関へ照会が必要となった場合に、押印等を追加で依頼する場合があります。
- ⑧ 事務処理欄ですので、何も記入しないでください。

★医療費助成の対象となる領収書★

- ① 医療機関名・医療機関の所在地・連絡先が記載されているもの(記載がない場合は、必ず申請書に上記の内容を記入してください。)
- ② 保険点数・受診者の氏名が記載されているもの(保険点数の記載がない場合は、医療機関に記載を依頼してください。受診者の氏名がない場合は、領収書裏面に記入してください。)
- ③ 保険診療の自己負担分を支払ったもの。
- ④ 他の医療制度の一部負担分を支払ったものなど(※助成できる内容は、裏面「助成できる範囲」をご確認ください。)

★医療費助成の対象外となる領収書★

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。

健康診断(人間ドックなど)・予防接種・診断書
 容器代・特定療養費・入院室料差額代・入院時預り金
 入院食事療養費標準負担額(自費分)・保険外の治療
 薬局の購入品・医療機関までの交通費 等

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。