

㊦ ㊦ 医療助成費の払い戻し申請について

【払い戻しの対象となる場合】

- ① 都外の医療機関または、医療証を取り扱わない医療機関を受診したとき
- ② 医療機関で医療証を提示しなかったとき（2割または3割自己負担したとき）
- ③ 医療機関で保険証を提示しなかったとき（全額（10割）自己負担したとき）
- ④ 医師が必要と認めた補装具、小児弱視の治療用眼鏡等を作ったとき
- ⑤ 入院時の食事代（入院時食事療養費標準負担額）

※ ③④に該当する場合、**先に加入している健康保険での手続きが必要**となります。詳細は別紙をご覧ください。

※ **高額療養費**（支払った医療費が1ヶ月間で約80,100円を超えている）に該当する場合、**申請方法が異なります**ので、児童手当係までお問い合わせください。

【申請に必要なもの — 児童ごとに用意してください。】

1. 『㊦ ㊦ 医療助成費支給申請兼請求書』（記入例参照）
必要事項をご記入の上、押印（スタンプ印・ゴム印は不可）してください。
2. 領収書の原本（**コピー・再発行不可**）
受診者氏名、領収金額、健康保険点数（または負担割合）、受診年月日の記載が必要です。（レシート形式等、上記記載がない領収書の場合には、発行した医療機関窓口で記載してもらってください。）
3. 診断書のコピー
補装具、小児弱視の治療用眼鏡等を作った場合のみ
4. 支給決定通知書の原本
上記③、④に該当している場合 ※詳細は別紙をご覧ください。

【受付方法】

- ① 郵送
※不着など、郵送による事故は責任を負えません。あらかじめご了承ください。
- ② 児童手当係窓口（練馬区役所 本庁舎10F）
- ③ 区民事務所（練馬を除く）、および総合福祉事務所（練馬を除く）
※取り次ぎ業務のみ行います。なお、受付日は児童手当係に届いた日となります。

【支給時期】

受付日の翌月下旬にご指定の口座に振り込みます。

（審査に時間がかかる場合には、受付日の翌月に振込みができない場合があります。）

保護者の方宛てに『支給決定通知書』をお送りします。支給決定金額と振込日をご確認ください。

【注意事項】

- ① 医療費の助成の対象となるのは、保険診療の範囲内で自己負担する分です。保険のきかない**健康診断料・予防接種・容器代・文書料・入院室料差額**等は助成の対象となりません。
- ② ご提出いただいた申請書・領収書は原則お返しできませんのでご了承ください。控えが必要な方は、あらかじめコピーをお取りください。

【郵送先・お問い合わせ先】

練馬区 子育て支援課 児童手当係 （練馬区役所 本庁舎10F）

〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1 TEL (03)5984-5824（直通）

記入例

子ども医療助成費支給申請

押印してください
(朱肉を使うもの)
※シャチハタ印・ゴム印不可

練馬区長 殿 ※黒のボールペンで記入してください。

令和 3年 5月 15日

住所	〒176-0012 練馬区 豊玉北6-12-1		電話	090-****-****	
フリガナ	ネリマ タロウ		日中ご連絡が可能な電話番号 をご記入ください		
保護者氏名	練馬 太郎		※医療証に記載の保護者の方		
申請金額	¥3710	領収書枚数 (3) 枚			
フリガナ	ネリマ ハナコ	医療証 負担者番号	8 9 0 1 2		
子ども氏名	練馬 花子	医療証 受給者番号			
生年月日	(平成・令和 25年 10月 25日生まれ)	医療証の番号を 記入してください			
医療機関 (薬局含)	ねりまクリニック 他 2 件	診療期間 (入院含)	平成・令和 28年 3月 10日 ～平成・令和 元 年 5月 10日		
確認事項	・保育園・幼稚園・小中学校管理下でのケガ、疾病である。(いいえ・はい) 確認事項の当てはまるものにマルをつけて下さい。				
健康保険	20-99	9999	補装具・眼鏡の場合、医療機関は 診断書発行機関、診療期間は 診断日を記入してください。		

◆ 領収書(原本)をこの用紙に
ホチキス等で添付してください

医療証記載の保護者の方を記入してください

を申請し、下記決定金額を請求します。

なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	ねりま 銀行 信用金庫 信用組合 農協	桜台 支店 出張所
金融機関コード/店番号	空欄のままで結構です	店番号(3桁)記入
口座番号	1 2 3 4	5 6 7
ゆうちょ銀行は、振込用の店番号(3桁)口座番号(7桁)をご指定ください		
フリガナ	ネリマ	タロウ
口座名義	練馬	太郎

全額自己負担された場合または、補装具・小児弱視の治療用眼鏡等を作った場合

健康保険証を提示せずに全額自己負担された場合や、補装具や小児弱視の治療用眼鏡等を作った場合は、下記の通り申請してください。

- (1) 加入健康保険に保険診療分の請求を行い、支給決定通知書をもってください。
→保険診療分の請求手続き方法は、加入健康保険へご確認下さい。
- (2) 支給決定通知書原本と領収書原本(補装具や小児弱視の治療用眼鏡等の場合は、診断書のコピーも必要)と一緒に、残りの自己負担分の払い戻しの申請をしてください。

