

【記入例】

様式第3号

(二)

八代市こども医療費助成申請書

※太枠内を記入の上、ご提出してください。

（あて先）八代市長 下記のとおり申請します。 申請者 氏名 八代 太郎											
受給者番号	八代市松江城町1番25号										
子どもの氏名	八代 花子			性別	平成(4)	生年月日	令和(5)18年01月01日				
受給者コード (右詰め記入)	8888888888										
保険者番号 (右詰め記入)	430173										

診療年月	令和(5) 年 月	日数	日	区分	1.入院・2.入院外								
当該診療他法適用	該当なし 1	自立支援(更生) 2	自立支援(育成) 3	自立支援(精神) 4	養育 5	小慢・特疾 6	感染症(結核) 7	障害児施設 8					
※医療機関記入欄	内 01	外 02	整 03	産 04	小 05	耳鼻 06	眼 07	皮 08	泌 09	脳 10	理 11	精 12	消 13
	発小 14	循 15	気 16	放 17	麻 18	歯 19	薬 20	補装具 21	保壇 22	形成 23			その他 30
保険診療総点数	一部負担金												
上記の一部負担金を領収したことを証明します。													
医療機関コード													
医療機関の 住所及び名称													

世帯合算	有・無
住民税課税状況	課税・非課税
公費負担額	
高額限度額	
附加給付金	
養育医療支払日 世帯合算還付金	
市助成額	
受付番号	

☆ 医療機関で受診される際には、受給資格者証及び子どもの健康保険の内容がわかるもの（「資格確認書」もしくは「資格情報のお知らせ」またはマイナンバーカード）をご持参ください。

☆ 保険診療を受けた月の翌月から1年内に申請してください。

☆ 医療機関に預けられる場合には通院のみ月1回、原則初診の時に申請者記入欄記入後にお預けください。

☆ 加入保険の変更があった場合には、子ども家庭支援課で変更手続きをしていただかないとお支払いができません。

☆ 市役所窓口で提出の際には必ず受給資格者証、子どもの健康保険の内容がわかるもの（「資格確認書」もしくは「資格情報のお知らせ」またはマイナンバーカード）をご持参ください。

☆ 八代市郡外受診分を領収書で申請される場合は、必ずひと月分をまとめて、受診の翌月以降に申請してください。

【申請者の記入欄】赤字欄の記入をお願いします！

- ①申請者の住所：氏名を記入してください。
- ②受給資格者証を参考に※印の欄を右詰めで書き写してください。
(受給者番号、子どもの氏名、子どもの生年月日、受給者コード、保険者番号)

【ご確認ください！】

八代市郡内の医療機関を受診した場合は、**医療機関からの証明(印)**が必要です！
保険者情報に変更があった場合は、こども家庭支援課または各支所地域振興課にて保険変更の手続きをお願いします。
→オンラインで保険変更申請もできます。こちらをクリック

八代市こども医療費受給資格者証

公費負担番号	80.43.017.6
受給者番号	※ 八代市こども第 0999999 号
こども	氏名 ※ 八代 花子
生年月日	※ 平成18年1月1日
住 所	八代市松江城町1-25
保険者名称	八代市国民健康保険
保険者番号	※430173
有効期間	平成18年1月1日から 令和7年3月31日まで
令和4年4月1日	八代市長 八代

受給資格者名 八代 太郎

受給者コード ※ 88888888

《注意》
○ こども医療費助成制度の内容については、裏面の注意事項をご確認下さい。
○ この証を医療機関窓口に提示しないと、現物給付にはなりません。

【県内医療機関・保険薬局へお願い】

八代市では、外来診療の医療費の給付、審査及び支払いに関する事を、熊本県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金熊本支部に委託しています。よって、診療報酬明細書（外来診療分）に公費負担番号及び受給者番号を付してこども医療費の請求をしてください。

1. 現物給付の対象となるのは、次のとおりです。保険診療にかかる一部負担金の全額を助成します。
 - ① 熊本県内の医療機関（医科・歯科）における外来診療
 - ② 熊本県内の調剤を実施する薬局における調剤
 - ③ 熊本県内の訪問看護ステーションにおける訪問看護
 - ④ 八代市郡内の柔道整復師による施術（八代市と契約を締結した施術院に限る）

ただし、受診費用のうち、ひとつ医療機関における月ごとの一部負担金の額が21,000円以上となるときは、公費への請求は行わず、受診者から一部負担金を徴収してください。

2. こども医療費助成の対象者は、八代市に住所を有する満18歳に達する日以後の最初の3月31までの間にあるこどもです。有効期間をご確認ください。

3. 他の公費に該当する場合は、他方優先となります。残りの自己負担分について、こども医療の請求をしてください。

4. その他助成の対象ならないもの等があります。詳しくは、裏面の注意事項をご確認ください。