

京都子育て支援医療費支給申請書

年 月 日

木津川市長 宛て

住 所 木津川市

申請者 氏 名

電話番号 — —

次のとおり 年 月分の京都子育て支援医療費の支給を申請します。

受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	フリガナ 受給者氏名	
医療保険種別	国保	協健	共済	組管	他	生年月日		(年 月 日)
区分				医療を受けた期間				医療機関等	
入院				月 日～ 月 日					
入院外・歯科・調剤・その他()				日間					

支給については、次の金融機関に振り込んでください。

振込口座	銀行	本店	口座種別	普通・当座・その他					
	金庫	支店	口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	農協	出張所	フリガナ						
	組合 (支店番号:)		口座名義人						
<input type="checkbox"/> 前回支給時と同じ振込口座を希望する									

※申請者住所、氏名、電話番号及び太枠内をご記入ください。

(お願い)

- ・必ず領収証書原本をご持参ください。
- ・振込先金融機関がゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号をご記入ください。
- ・自己負担限度額を超えた場合や付加給付金の給付を受けられた場合、各保険者の支給決定通知(写し)を添付してください。
- ・ご提出いただいた領収証書は支給対象外の場合を除き返却しません。

(注意事項)

- ・健康保険法及び国民健康保険法に基づき10円未満の端数について四捨五入されるため、支給額がお支払いされた金額よりも少なくなることがあります。

※ 以下の欄は記入しないでください。

決定点数	支給決定日	備考
点	年 月 日	
1割 自己負担額 (円)	一部負担金 高額療養費	支給決定額
2割 保険適用分	(200円) (円)	
3割 (円)		
		円

医療費支給（償還払い）の方法（京都府外で受診した場合等）

表面の「京都子育て支援医療費支給申請書」（以下、「申請書」）に記入のうえ、木津川市役所国保年金課または加茂支所・山城支所・西部出張所にて申請してください。

申請書記入上のご注意 (記入例)								子育て支援医療費受給者証に記載されている「受給者番号」をご記入ください	
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ 受給者氏名	キツガワ タロウ
医療保険種別	国保	協健	共済	組管	他	生年月日		木津川 太郎	(平成〇年 〇月 〇日)
区分				医療を受けた期間				医療機関等	
入院				月 日～ 月 日				■■■■病院	
入院外 歯科・調剤・その他 ()				2 日間					

「区分」はいずれかひとつに○をしてください

申請書は1か月ごとに1枚必要ですので、月をまたがって入院した場合、申請書を分けてご記入ください

一つの医療機関をご記入ください

- 申請書は一つの医療機関、区分別に1か月ごとに1枚作成してください。
例 5月にA病院に1日受診、B病院に2日受診し、C薬局でA病院、B病院の調剤をした場合
……A病院に係る申請書1枚、B病院に係る申請書1枚、
C薬局の申請書はA病院分1枚、B病院分1枚 の計4枚必要です。
- 医療機関の処方せんによる調剤薬局の支払いのうち、保険適用分については京都子育て支援医療費の支給対象となります。

高額療養費について

- 加入している健康保険での高額療養費の対象となる可能性がある場合、健康保険組合等（お勤め先の福利厚生部門等）で、先に高額療養費の請求についてご確認ください。なお、子育て支援医療費支給額は自己負担額から健康保険組合等の支給額及び一部負担金200円を差し引いた金額です。

療養費（補装具）の申請について

- 健康保険の給付対象となる補装具を製作した場合、先に加入している健康保険から健康保険適用分の支給を受けてください。その後、健康保険組合等から発行される療養費の支給決定通知と併せて、申請書、領収証書、明細書、医師の診断書及び装着証明書をご提出ください。

子育て支援医療費支給額の計算について

- 医療機関や薬局で支払う自己負担額は健康保険法及び国民健康保険法に基づき10円未満の端数について四捨五入されています。子育て支援医療費支給額は四捨五入前の金額で計算しますので、自己負担額から一部負担金200円を引いた金額と実際の子育て支援医療費支給額とでは差異が生じる場合があります。

例 保険点数が1,005点、負担率が3割で自己負担額が3,020円の場合
……【四捨五入前】3,015円（1,005点×3）－【一部負担金】200円＝【子育て支援医療費支給額】2,815円

お問い合わせ先

木津川市役所国保年金課医療係 (0774) 75-1214