別記様式第４号（第７条関係）

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　　－　　－

次のとおり令和□　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								フリガナ 受給者氏名 生年月日	（平成・令和　　年　　月　　日）
医療保険種別	国保	協健	共済	組管	他				

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	

申請する受診分に学校等でのケガを　　（□　含む　　□　含まない）

支給については、

□　前回支給時と同じ口座に振込を希望します。

□　次の口座に振込を希望します。

振込口座	銀　行　　本　店 金　庫　　支　店 農　協　　出張所 組　合　（支店番号：　　）	口座種別	普通　・　当座　・　その他
		口座番号	
		フリガナ 口座名義人	

※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）

・支給申請は、支払日の翌日から起算して５年以内に行ってください。

・必ず領収証書原本をご持参ください。領収証書に受診回数や診療報酬点数等の記載がない場合、医療機関で補記していただき、補記された領収証書を添付してください。

・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、また補装具を作製した場合の必要書類については裏面をご参照ください。

・初めて支給申請される際や、以前の振込先と別の振込口座を希望される場合は、通帳等の振込先のわかるものの写しを添付するか、ご持参ください。

（注意事項）

・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。

※　以下の欄は記入しないでください。

決定点数 点	支給決定日 年　　月　　日	備考
１割 ２割 ３割	自己負担額 （　　円）　－　一部負担金（200円）　－　高額療養費（　　円） 保険適用分 （　　円）	支給決定額 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 生年月日	キヅガワ　タロウ 木津川　太郎 （ 平成〇 年　〇 月　〇 日）
医療保険種別	国保	協健	共済	組管	他				
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〇をしてください

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