

医療機関の窓口で保険診療に係る医療費（自己負担分）を支払った場合の払戻しの申請について

区役所子ども家庭部管理課の窓口で申請する場合 申請には次のものをご持参ください。

- ① ① 乳・子医療証 ② 乳幼児等の名前が記載された健康保険証
 - ③ ① 乳・子医療証記載の保護者名義の金融機関名、支店名及び口座番号のわかるもの
 - ④ ④ 所定の項目が記載された医療機関等発行の領収書の原本（※1）
 - ⑤ ① 乳・子医療証の他に、公費負担医療券等（小児慢性疾患医療券・都医療券・自立支援医療受給者証など）をお持ちの方は、その医療券等のコピー
- ※区民事務所では受付していません。

郵送により申請する場合 申請には次のものをお送りください。

- ① 乳幼児等医療助成費支給申請書
裏面の記入例をご覧くださいのうえ、記入漏れのないようにお書きください。
- ② 所定の項目が記載された医療機関等発行の領収書の原本（※1）
- ③ ① 乳・子医療証の他に、公費負担医療券等（小児慢性疾患医療券・都医療券・自立支援医療受給者証など）をお持ちの方は、その医療券等のコピー

☆ 乳幼児等医療助成費支給申請書は、コピーして使用することもできます。
(杉並区公式ホームページの申請書サービスから印刷することもできます)

☆ 郵送申請での不着等の事故については、責任を負いかねますのでご了承ください。

※1 所定の項目とは

- ①受診者（乳幼児等）氏名 ②負担割合 ③保険診療点数 ④入院・外来の別
⑤診療年月日 ⑥領収金額 ⑦領収年月日 ⑧医療機関等の名称・所在地・領収印
金額のみが記載されたレシートでは申請の受付ができません。受診医療機関等で所定の項目を記入してもらったうえで申請してください。

保険診療に係る医療費の全額を支払った場合

健康保険証等を医療機関に提示せずに受診した場合や、保険適用となる補装具や小児弱視等の治療用眼鏡を作製したときは、まず加入している健康保険の保険者に療養費払い（保険給付分）の請求をしてください（※2）。その請求が、保険者において保険適用分と認められた後、保険者が発行した支給決定通知書の原本と領収書のコピー〔補装具等を作製したときは、医師の意見書（診断書）のコピーも必要です〕（※3）を添付のうえ、上記の方法で子ども家庭部管理課あてに申請してください。

※2 療養費払いの請求の効力は2年です。

※3 療養費払いの請求には、領収書等の原本（及び補装具等を作製した場合は医師の意見書の原本）が必要となりますので、あらかじめコピーをご用意ください。

申請時期について

- ☆ 受診から概ね3カ月以内を目途に申請をしてください。払戻しの申請をされると、原則1～2カ月程度で指定の口座に振込をいたします。
- ☆ 自己負担分（2割又は3割）の払戻し申請については、医療機関等への支払日の翌日から5年を経過すると支払いができませんのでご注意ください。

その他注意事項

- ☆ 薬剤の容器代、診断書等の文書料、選定療養費、健康診断料、予防接種料など保険診療外の医療費、入院時食事療養標準負担額及び受給資格期間外の医療費は助成されません。
- ☆ 郵送申請のため、子ども家庭部管理課へ領収書原本を提出した場合で、保険外支払のある領収書の返却を希望される方は、必要な料金分の切手を貼った返信用封筒を同封してください。

【記入例】

第6号様式(第9条関係)

乳幼児等医療助成費支給申請書

医療証の 番号を記入		申請者番号	8	8	1	3	〇	〇	〇	〇	乳幼児等の氏名	杉並 花子	診療を受けた 乳幼児等
お子様の 健康保険証の 内容を記入		被保険者番号	△	△	△	△	△	△	△	△	生年月日	〇年 〇月 〇日	
		①国保	2 組合	3 協会	被保険者氏名			杉並 太郎					
		4 船員	5 日雇	6 共済	被保険者等記号・番号等			〇〇〇-△△△△					
		被保険者	番号	〇〇〇〇〇〇			名称	〇〇健康保険組合					
		診療等を受けた期間		〇年 〇月 〇日			から	〇年 〇月 〇日					
		申請の理由		① 制度対象外の医療機関のため 2 医療証を提示しなかったため (〇をつけてください) 3 補装具等の購入のため 4 その他(
		振込先	金融機関 コード	店番		普通	口座番号	△	△	△	医療証に記載 されている 保護者名義の口座		
		金融機関	〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	〇〇	店 出張所	フリガナ 口座名義	スギナミ タロウ 杉並 太郎					
<p>上記のとおり、乳幼児等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。 なお、支給決定額については、上記の口座に振り込んでください。</p>													
											医療証に記載されている 保護者の住所、電話、氏名		
杉並区長 宛											□年 □月 □日		
住所 杉並区阿佐谷南1-15-1													
電話 03-3312-2111													
氏名 杉並 太郎													

(注) 申請者及び口座名義は、医療証の保護者欄に記載されている方になります。

《申請先/問合せ先》

杉並区子ども家庭部管理課子ども医療・手当係 (杉並区役所東棟3階8番窓口)
 〒166-8570 杉並区阿佐谷南1-15-1 電話 03(5307)0785(直通)
 03(3312)2111(代表)