

こども医療費助成の資格申請をされる方へ

1. 提出について（以下の2点を封筒に入れて郵送してください。）

- こども医療費助成資格認定申請書**
- お子さまの健康保険証のコピー**

2. こども医療費助成制度について

(1) ご負担いただく医療費について

お子さまが医療機関等にかかる場合には、窓口で下記の一部負担金をご負担いただけます。ただし、保険診療外の治療や入院時の食事代等については、別途負担が発生しますので、ご注意ください。

	0歳～2歳	3歳～中学3年生
入院	窓口負担なし（0円）	
外来	窓口負担なし（0円）	1医療機関等ごとに上限1日400円を月2回まで（3回目以降無料）

（例）お子様が1ヶ月に4日A病院に、3日同じB薬局にかかられた場合の負担（カッコ内は、総医療費）

	1日目	2日目	3日目	4日目	合計負担
A病院	400円 (5,000円)	300円 (1,500円)	0円 (5,000円)	0円 (3,000円)	700円
B薬局	400円 (3,000円)	400円 (2,500円)	0円 (3,000円)		800円
合計	800円	700円	0円	0円	1,500円

(2) 払い戻しによる助成について

下記の場合には、区役所又は支所に申請されると、いったんご負担いただいた医療費の一部（全部）を払い戻しします。ただし、①については医療機関等で精算できる場合がありますので、一度医療機関とご相談ください。

- ① 出生後、受給者証を交付するまでに医療機関等を受診した場合
- ② 県外の医療機関等で受診した場合

【必要書類】：償還払いの申請時には、下記の書類が必要です。

- 医療機関等が発行した**領収書**（原本）
- お子さまの**健康保険証**
- こども医療費受給者証**
- 通帳**などの振込先口座のわかるもの
- 療養費支給決定通知書または療養費等支給状況証明書（下記のような場合に必要です。）

① 高額療養費の支給対象となりうるとき

（保険診療の自己負担額が1ヶ月・1医療機関等につき21,000円以上）

② 附加給付金の支給対象となりうるとき

（健康保険組合・共済組合・国民健康保険組合の加入者）

こども医療費助成資格認定申請書の書き方

- ・ボールペンでお書きください（消せるボールペンや鉛筆等は不可）
- ・ で囲っている部分を記入してください。
- ・**健康保険証のコピー**を必ず添付してください。
- ・電話番号は必ず日中に連絡がつく電話番号を記載してください。

申請を行う年月日（郵送の場合は郵送する日）を記入してください。

こども医療費助成資格認定申請書

申請日：令和 3 年 4 月 1 日

神戸市こども医療費助成に関する条例の規定に基づき、資格の認定を申請します。
 なお、資格認定については貴市が所得調査対象者の市県民税の賦課状況を調査することに異議ありません。
 また、複数の医療費助成制度の資格を同一人物が同一期間に有することが条例上認められていないことから、この申請に基づく資格が認定されたときは、他の医療費助成制度の資格を同時に喪失することに同意します。

保護者の方（父または母）の氏名・住所・生年月日・続柄を記入してください。

（例）

子が父の社会保険の扶養に入っているとき
 → その被保険者である父を記入

代理人が記入する場合は押印してください。

連絡をさせていただく場合があるため、電話番号の記入を忘れないようにしてください。

申請を行う対象のお子様の氏名・生年月日・住所を記入してください。

健康保険証のコピーを必ず添付してください。

身体障害者手帳等をお持ちの場合は、そのコピーも添付してください。

住所が上記の申請者の住所と同じ場合は、「申請者と同じ」にチェック（）
 異なる場合にはその氏名・住所等をご記入ください。

申請者 (保護者)	住所	〒 652 - 8570 神戸市 中央 区 加納町 6-5-1		
	フリガナ	コウベ タロウ		
	氏名	神戸 太郎		
	電話	080 - 0000 - 0000		
	生年月日	昭和・ 平成 令和 4 年 1 月 1 日		
	お子様との続柄	父・母・その他 ()		
		[自宅・父 母・その他 ()]		

（注）この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。代理人が記入する場合は押印してください。

神戸市 中央 区 長 宛

対象となる お子様	フリガナ	コウベ ハナ		
	氏名	神戸 花		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -		
	加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙のとおり お子様の健康保険証のコピーを添付してください。		
身体障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 → 「有」の場合、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の等級が確認できる部分のコピーを添付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
主たる生計維持者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合は以下記入不要）			
	フリガナ			
	氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所	お子様との続柄 父・母・その他 ()		

※お子様の健康保険証のコピーを必ず添付してください。
 お子様身体障害者手帳等をお持ちの場合、手帳等のコピーを併せて添付してください。

〔事務処理欄〕 ※記入不要です

申請の事由	資格取得日	平・令 年 月 日	異動コード	交付
<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生活保護の停（廃）止 <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の取得 <input type="checkbox"/> その他 ()				申請 () 受付 () 神戸市 中央 区 長 宛 〒 652-8570 加納町 6-5-1 電話 078-801-0000 受付 9:00-17:00
資格審査	1 認定 2 却下 ()			
公簿確認	住民票	所得	この欄は記載不要です	
課長	担当係長	係	備考欄	

【主たる生計維持者の例】

- ・お子様が**父または母の社会保険等**（健康保険組合・全国健康保険協会・国保組合・共済組合）の被扶養者である場合
 → その被保険者である父または母
- ・お子様が**国民健康保険の被保険者**で、父または母により所得税法の扶養親族とされている場合
 → その父または母