

乳

子

青

親

医療助成費の払戻し申請

概要

東京都以外の医療機関や医療証の発行前に受診した場合など、医療証を提示せずに受診して医療機関に支払った保険診療の自己負担分は、払戻しの申請ができます。

＊以下は助成対象外です。

- ・健康保険適用外の医療費（健康診断・予防接種など）
- ・入院時の食事療養標準負担額
- ・学校等の管理下でのケガ・疾病（スポーツ保険適用の医療費）
↳日本スポーツ振興センターから医療費の給付が受けられる場合がありますので、学校等にお申し出ください。

＊交通事故・傷害事件などの第三者行為による傷病等の治療費の助成を受けるには、事前に当係に届出が必要です。

申請方法

診療月の翌月から申請できます。おおむね2年以内に子どもの手当医療係窓口または郵送で手続きしてください。

方法	窓口	郵送
必要書類	領収書原本	
	医療証に記載の保護者名義の通帳またはキャッシュカード	医療証に記載の保護者名義の通帳またはキャッシュカードのコピー
	乳子青親医療証	医療助成費支給申請書
	健康保険証等、健康保険の資格情報を確認できるもの	医療助成費支給申請内訳書

左記以外の書類が必要な場合があります。詳しくは裏面をご確認ください。

申請書の様式はこちらからダウンロード可能です。



板橋区HP

※窓口申請は原則保護者、もしくは児童と同世帯のご親族に限ります。その方のご来庁が難しい場合は、郵送でのご申請をお願いします。

※ご加入の健康保険が変わった際には、保険変更の届出が必要です。届出がお済みでない方は、最新の健康保険証等、健康保険の資格情報を確認できるもののコピーをあわせてご郵送ください。コピーを提出できない場合は、マイナンバーを利用した保険情報の照会にご理解・ご同意のうえ、必ず申請書に保険情報のご記入をお願いします。

※郵便事故についての責任は負えません。書留郵便など、配達記録が残る方法をお勧めします。

※審査のうえ、不備がある場合には返戻することがあります。

振込

1. 医療助成費は、申請月の翌月25日（土日、祝日の場合は前営業日）に、申請された口座に振込します。

＊健康保険等への確認を要する場合、確認できた翌月に振込します。

2. 振込前に「支給決定通知書」を送付します。支給金額と振込日をご確認ください。

＊領収金額に、支給対象外の医療費や高額療養費支給分などが含まれていた場合、除いた金額を支給します。

＊親医療証で一部の表示のある方については、一部負担金（総医療費の1割）を除いて支給します。

◆送付先・問合せ先◆

板橋区役所 子育て支援課 子どもの手当医療係（1階⑥窓口）

〒173-8501 東京都板橋区板橋2-66-1 電話 (03) 3579-2374

健康保険証等を提示せずに全額（100％）自己負担した場合、治療用装具（眼鏡・コルセットなど）を購入した場合

保険診療として認められる場合、次の順で医療助成費の払戻し申請をしてください。
（保険診療として認められない費用については、助成対象外となります）

ケース	健康保険証等を提示せずに全額（100％）自己負担した場合	治療用装具（眼鏡・コルセットなど）を購入した場合
手順	①加入している健康保険へ保険負担分の払戻しを申請 ↓ ②健康保険から保険負担分が支給される & 「支給決定通知書」が届く ↓ ③医療助成費の払戻し申請	
必要書類	健康保険からの「支給決定通知書」（原本）	健康保険からの「支給決定通知書」（原本）
	表面記載の必要書類	表面記載の必要書類
		医師の「診断書または意見書」（コピー可）

※領収書（原本）を健康保険へ提出する際には、必ず事前にコピーしておいてください。
（この場合の領収書は、コピーで医療助成費の払戻し申請をすることができます）

※板橋区国民健康保険にご加入の方は、国保年金課にて医療証による助成分もまとめて申請可能のため、②～③の手続きは不要です。

健康保険の高額療養費及び療養付加給付制度に該当する場合

受診時の加入健康保険により、手続きが異なります。

【1】社会保険、共済組合にご加入の方

通常の払戻し申請と同じ手続きです。高額療養費分は加入保険からの支給を受けてください。

【2】板橋区国民健康保険以外の国民健康保険にご加入の方

加入している健康保険へご確認のうえ、高額療養費・療養付加給付金の支給を受けた後、健康保険からの「支給決定通知書」（原本）と表記の書類を用意し、医療費助成の払戻しの申請をしてください。

【3】板橋区国民健康保険にご加入の方

通常の払戻し申請と同じ手続きです。診療月の2か月後以降に、板橋区国民健康保険からの高額療養費支給額を確認し、確認できた翌月に支給します。

- ◆限度額適用認定証を提示して自己負担限度額まで負担された場合は「限度額適用認定証のコピー」を添えて払戻し申請をしてください。

医療助成費支給申請内訳書の記入の仕方

申請書は、受診者ごとに（ひとり一枚）
ご記入ください

乳 子 青 親 医療助成費支給申請書

一般受付番号		療養に要した費用	
負担者番号	① 88132196	保険種別 ④ 1. 社会保険 2. 国民健康保険・国保組合 3. 国家公務員共済組合 4. 地方公務員共済組合 5. 私立学校職員共済組合 6. 船員保険	
受給者番号	② 1234567		
フリガナ	イタバシ コタロウ	保険者番号 ⑤	06130000
受給者氏名	③ 板橋 子太郎	保険者名称 ⑥	いたばし連合健康保険組合
生年月日	令和●年 6 月 9 日	記号・番号 ⑦ (記号) 123 (番号) 456	
医療機関名	⑨ こどもクリニック	被保険者氏名 ⑧	板橋 親太
受給者証 使用できなかった理由	⑩ 都外で受診のため 治療用装具購入のため 都外国保のため など	療養・看護 受けた期 ⑪	令和●年 10 月 9 日から 令和●年 10 月 9 日まで
支払方法	口座 種別 普通	銀行名 ⑫ いろは	支店名 板橋
口座番号	1234567	フリガナ	イタバシ シンタ
		口座名義人 ⑬	板橋 親太
支給額決定通知書 送付先			

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

申請の内容について、他の世帯員（子ども医療証及びひとり親医療証の）

公募等で確認（電子計算機の利用を含む）することに同意します。

※ご加入の健康保険が変わった際には、保険変更の届出が必要です。
届出がお済みでない方は、最新の健康保険証等、健康保険の資格情報を
コピーをあわせてご郵送ください。

医療証に記載してある保護者名義の
口座、お名前などをご記入ください。

住 所 ⑬ 板橋区板橋△-△-△
氏 名 板橋 親太
(医療証の保護者氏名)
電 話 番 号 XXXXX-XXXXX

(宛先) 東京都板橋区長

受給者（受診者）の医療証

乳 子 青 親	医療証
負担者番号	8 8 1 3 2 1 9 6 ①
受給者番号	1 2 3 4 5 6 7 ②
氏 名	板橋 子太郎 ③
生年月日	令和●年 6 月 9 日
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都板橋区板橋△丁目△番△号
氏 名	板橋 親太 ⑬
有効期間	令和●年10月1日から 令和▲年9月30日まで

受給者（受診者）の健康保険証等

健康保険	家族(被保険者)
被保険者証	記号 123 番号 456 ⑦
氏 名	板橋 子太郎
生 年 月 日	令和●年6月9日
資格取得年月日	令和●年6月9日 ⑧
被保険者氏名	板橋 親太
事業所所在地	板橋区板橋〇-〇-〇
事業所名称	株式会社 いたばし
保険者所在地	板橋区板橋△-△-△ ⑤
保険者番号・名称	06130000 いたばし連合健康保険組合 ⑥

①～③ 受給者（受診者）の医療証から転記してください。

④ 受給者（受診者）の加入する健康保険の種別に○をつけてください。

⑤～⑧ 受給者（受診者）の健康保険証等から転記してください。
もしくは、コピーを添付してください。

⑨ 内訳書先頭に記載の医療機関名を記入してください。
※補装具の場合は、診断書を発行した医療機関名を記入してください。

⑩ 受診した時、医療証が使用できなかった理由を記入してください。

⑪ 診療を受けた最初の日付と最後の日付を記入してください。
※補装具の場合は、診断書の日付を記入してください。

⑫ 医療証に記載してある保護者名義の振込口座を記入してください。

⑬ 医療証に記載してある保護者の住所・氏名・日中連絡のつく電話番号を記入してください。

医療助成費支給申請内訳書の記入の仕方

乳 子 青 親 医療助成費支給申請内訳書

受給者氏名	① 板橋 子太郎
-------	----------

番号	医療機関名	診療種別	診療期間	金額	領収書枚数	備考
1	② こどもクリニック	③-1 入院・外来 歯科・調剤	④ 令和●年10月9日から 令和●年12月20日まで	⑤ 1,240 円	⑥ 2 枚	
2	○△総合病院	③-2 入院・外来 歯科・調剤	令和▲年3月3日から 令和▲年3月6日まで	22,300 円	1 枚	
3	○△総合病院	入院・外来 歯科・調剤	令和▲年3月16日から 令和▲年6月30日まで	3,300 円	3 枚	
4	なかよし薬局	入院・外来 歯科・調剤	令和▲年3月16日から 令和▲年4月20日まで	2,550 円	3 枚	
5		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
6		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
7		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
8		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
9		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
10		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
合 計			⑦ 4 件	⑧ 29,390 円	⑨ 9 枚	

<注意事項>

- * 受給者(受診者)1人につき一枚、記入してください。
- * 医療機関ごと、診療種別ごとにまとめて記入してください。
- * 診療期間には、診療日の一番早い日付から一番遅い日付までを記入してください。
- * 領収書の領収金額と枚数の合計を記入してください。
- * 他の医療助成(小児慢性疾患、自立支援医療など)を受けている場合には、その受給者証のコピーと、自己負担上限額管理票のコピーを添付してください。
- * 領収金額に、支給対象外の医療費や高額療養費支給分などが含まれていた場合、それを除いた金額を支給します。

1 同じ医療機関で、同じ診療種別(入院・外来など)の領収書は、1行にまとめて記入できます。

③-1 令和●年10月9日 (外来)領収書			
① 板橋 子太郎 様	⑤ 領収金額 930円		
受診日: 令和●年10月9日			
④	保険内	保険点数	保険外 金 額
	診察料	346	文書料
	投薬料	48	材料費
	その他	69	その他
	小 計	463	小 計
	負担金額	930	
埼玉県さいたま市△△1-2-3 ② こどもクリニック tel:048-333-5555			

令和●年12月20日 (外来)領収書			
板橋 子太郎 様	⑤ 領収金額 310円		
受診日: 令和●年12月20日			
④	保険内	保険点数	保険外 金 額
	診察料	108	文書料
	投薬料	48	材料費
	その他		その他
	小 計	156	小 計
	負担金額	310	
埼玉県さいたま市△△1-2-3 こどもクリニック tel:048-333-5555			

2 同じ医療機関でも、異なる診療種別(入院・外来など)の領収書は、別の行に分けてご記入ください。

令和▲年3月6日					
③-2 (入院)領収書 神奈川県藤沢市○△1-1-1					
板橋 子太郎 様 ○△総合病院					
TEL:0466(123)1234					
負担割合:20% 受診期間: 令和▲年3月3日~令和▲年3月6日					
診療費	診 察 料	投 薬 料	注 射 料	処 置 料	検 査 料
		4,410		4,550	
	入 院 料	そ の 他	小 計	患者負担額	食事負担額
自 費	90,840		99,800	19,960	2,340
	室料差額	文 書 料	そ の 他	小 計	消費税額
保険点数: 9980点				領 収 額	22,300円

① 受給者(受診者)氏名を記入してください。

② 受診した医療機関名を記入してください。

③-1 ③-2 診療種別(入院・外来など)の該当するものにマルをつけてください。
補装具の場合は、記入不要です。

④ 診療を受けた期間を記入してください。
補装具の場合は、診断書の日付を記入してください。

⑤ ⑥ 領収金額の合計と領収書の枚数を記入してください。

⑦ ⑧ ⑨ 件数、領収書の金額、枚数の合計を記入してください。

領収書の記載事項をよくご確認ください

- ☐ 原本ですか？
- ☐ 受給者(受診者)氏名は記載されていますか？
- ☐ 領収金額の記載はありますか？
- ☐ 保険総点数の記載はありますか？
- ☐ 入院・外来がわかりますか？
- ☐ 受診年月日の記載はありますか？
- ☐ 医療機関名・所在地・電話番号の記載はありますか？

乳

子

青

親

医療助成費支給申請書

一般受付番号				療養に要した費用			
負担者番号				保険種別	1. 社会保険 2. 国民健康保険・国保組合		
受給者番号					3. 国家公務員共済組合 4. 地方公務員共済組合		
フリガナ 受給者氏名				保険者番号			
				保険者名称			
生年月日	年 月 日			記号・番号	(記号)	(番号)	
医療機関名				被保険者氏名		受給者との関係	
医療証が 使用できな かった理由				療養・看護 を受けた期間	年 月 日 か ら 年 月 日 ま で		
支払方法	口座	種別	普通	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	支店 出張所
口座番号				フリガナ 口座名義人 (医療証の保護者名義)			
支給額決定通知書 送付先							

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

申請の内容について、他の世帯員(子ども医療証及びひとり親医療証の対象者に限る)の情報も含め、
公募等で確認(電子計算機の利用を含む)することに同意します。

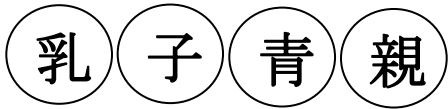
年 月 日

住 所

氏 名
(医療証の保護者氏名)

電 話 番 号

(宛 先) 東 京 都 板 橋 区 長



医療助成費支給申請内訳書

受給者氏名	
-------	--

番号	医療機関名	診療区別	診療期間	金額	領収書枚数	備考
1		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
2		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
3		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
4		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
5		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
6		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
7		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
8		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
9		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
10		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
合 計			件	円	枚	

- <注意事項>
- *受給者(受診者)1人につき一枚、記入してください。
 - *医療機関ごと、診療種別ごとにまとめて記入してください。
 - *診療期間には、診療日の一番早い日付から一番遅い日付までを記入してください。
 - *領収書の領収金額と枚数の合計を記入してください。
 - *他の医療助成(小児慢性疾患、自立支援医療など)を受けている場合には、その受給者証のコピーと、自己負担上限額管理票のコピーを添付してください。
 - *領収金額に、支給対象外の医療費や高額療養費支給分などが含まれていた場合、それを除いた金額を支給します。