

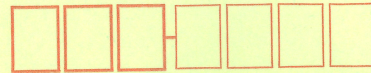
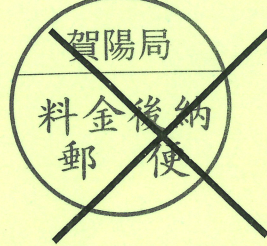
「生徒・保護者」＜＝＝＞「吉備中央町役場」間での手続きとなります。

申請様式は、吉備中央町のWebサイト

トップページ＞分類でさがす＞子育て・教育＞子育て＞小児等医療費助成制度

<https://www.town.kibichuo.lg.jp/soshiki/9/665.html>

からダウンロードできます。



小児等医療費助成制度 のお知らせ

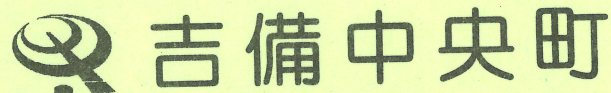
提出期限

4月15日（火）必着

提出先

吉備中央町 保健課

デジタル田園健康特区
～恵まれた自然の中で展開するデジタル田園都市～



〒716-1192 岡山県加賀郡吉備中央町豊野1-2
TEL (0866) 54-1313(代) FAX (0866) 54-1855

令和 年 月 日 部署名

(4月入学者向け資料)

令和7年度新入学生各位

令和7年度新入学生保護者各位

吉備中央町保健課

小児等医療費助成制度のお知らせ及び手続きについて

このたびは、ご入学おめでとうございます。

さて、吉備中央町では小児等の健康保持や増進、児童福祉の向上に資することを目的として、**住民票が吉備中央町にあり、満18歳になられた年度の末日まで**の方を対象に医療費助成を行っています。

希望される方は、資料をご確認いただき、交付申請手続きをお願いいたします。

記

○同封の「**小児等医療費受給資格者証交付申請書**」にお子様の健康保険がわかるもの（**被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせ**）の写しを添付し、役場保健課または各窓口へ直接おこしいただくか、郵送（保健課あて）でご提出ください。

※提出は 4月15日（火）必着 をお願いいたします。

5月1日から使用できる受給資格証は、5月7日（水）以降、学校を通じてお子様ご本人にお渡しいたします。

○制度内容、記入例等については、別紙「吉備中央町小児等医療費助成について」をご覧ください。なお、**転出された時点で受給資格は無くなります**ので、ご了承くださいますようお願いいたします。

※ご不明な点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

※ [書類の提出・お問い合わせ先]

吉備中央町保健課 医療保険班

〒716-1192 加賀郡吉備中央町豊野 1-2

TEL 0866-54-1326

FAX 0866-54-1306

- 吉備中央町小児等医療費助成について -

下記の資格要件にあてはまる小児等の保護者は、申請することにより、医療機関等を受診された場合に保険診療分の自己負担分が助成されます。

資格要件	・住民票が吉備中央町にある方。 ※住民票が吉備中央町にある期間のみ有効。転出後は対象外になります。 ・0歳～満18歳までの方（満18歳に達した方は、その年度の末日まで）。 ※婚姻している方、社会保険加入者本人及び生活保護を受けている方を除く。
------	--

※他の制度による医療費助成(自立支援医療、療育医療等)を受けている場合

- ・小児等医療費助成制度と他制度の併用が可能な場合があります。
- ・現在お持ちの医療費助成制度の資格継続が転出後も可能かどうかについては、受給資格証発行機関にお問い合わせください。

◆受給資格者証の交付申請 …

1. 給付を受けるためには、小児等医療費受給資格者証の交付申請が必要です。

⇒交付申請には、下記の書類①②をそろえてご提出ください。

① 小児等医療費受給資格者証交付申請書

② お子様の健康保険がわかるものの写し

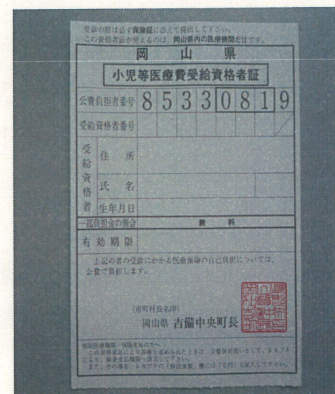
(被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせ等)

※お子様が他の制度による医療費の給付を受けている場合は、
各種受給資格者証の写しが必要です。

「受給資格者証」は、申請があった月の翌月に交付します。

⇒翌月1日より使用できます。

※受給資格者証裏面「注意事項」をよく読んでご使用ください。



《変更・喪失等》

◎下記の異動事由があった場合は変更届や喪失届等の申請が必要です。保健課、各支所等の窓口でお早めに手続きしてください。ご不明な点等ございましたら保健課までお問い合わせください。

異動事由	届出に必要なもの
健康保険が変わった	資格変更届・新しい健康保険がわかるものの写し
氏名・住所が変わった	資格変更届・受給資格者証
町外へ転出した	資格喪失届・受給資格者証
生活保護になった	資格喪失届・生活保護受給資格者証（決定通知書）の写し
受給資格者証の再交付	交付申請書・本人確認書類

様式第1号(第2条関係)

小児等医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

吉備中央町長 様

小児等に係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市町村が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市町村へ支払います。

申請者氏名 (保護者)		受給者 との続柄		
申請者住所 (保護者)		〒 — TEL ()		
受給資格者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日		年齢	歳
申請理由		1出生 2 ☒ 転入 3再発行 4その他()		
他の制度による医療費の支給の有無		有(制度名)・無		
特記事項		再発行の場合の理由()		

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名			受給者 との続柄	
	保険者番号及び名称			資格取得年月日	
				被保険者の記号番号	
	附加給付	有(内容:)・無			

市町村処理欄

受付	交付決定	入力	交付	受給資格者番号
	／	／	／	

記入例

- ・受給資格者（お子様）の健康保険がわかるもの（被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせ）の写しを添えて申請してください。

※他の制度による医療費の支給がある場合は、各種受給資格者証の写しが必要です。

様式第1号（第2条関係）

小児等医療費受給資格者証交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

吉備中央町長 様

小児等に係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市町村が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市町村へ支払います。

申請者氏名 (保護者)	吉 備 太 郎		受 給 者 との続柄	父
申請者住所 (保護者)	〒 123 — 4567		TEL 090 (1234) 5678	
	保護者の方の住所をご記入ください。電話番号は必須です。			
受給資格者	フリガナ	キビ ハナコ	性 別	男・ ☒ 女
	氏 名	吉 備 花 子 (お子様)		
	生 年 月 日	平成○年○月○日	年 齢	1 5 歳
申 請 理 由	1出生 ☒ 2転入 3再発行 4その他()			
他の制度による医療費の支給の有無		☒ 有 (制度名 自立支援医療(精神通院)等)・無		
特 記 事 項	再発行の場合の理由()			

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名	(医療保険の被保険者 又は世帯主) 吉 備 太 郎		受 給 者 との続柄	父				
	保 険 者 番 号 及 び 名 称	3	3	0	8	1	1	資 格 取 得年月日	平成○年○月○日
		(国保) 自治体名 (社保) 全国健康保険協会 等					被保険者の記号番号	岡 8 1 1 2 3 4 5	
	附 加 給 付	有(内容:) ☒ 無							

市町村処理欄

受 付	交付決定	入 力	交 付	受給資格者番号
	／	／	／	

小児等医療費給付申請書

令和 年 月 日

吉備中央町長 様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名		受給資格者 との続柄	
申請者住所		〒 ー TEL ()	
受 資 格 給 者	フリガナ	受給資格者の生年月日	
	氏 名	年 月 日	
	加入保険者名 (会社名)	保険記号 番 号	単県公費受給 資格者番号

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書						医 菌 薬 訪	
年 月 分		保険者番号		給 付 割 合		9 8 7 ()	
被 保 険 者 番 号							
入 外 区 分	公 費 区 分 公 費 番 号	診療日数	請求点数(全額)		一部負担金額		患者窓口負担額 (保険分)
入 院 外 来	保 険	日	点・円		円		円
	公費①	日	点・円		円		
	公費②	日	点・円		円		
	公費③	日	点・円		円		
フリガナ 患 者 氏 名			男 女	医療機関(薬局・訪問看護 ステーション)の所在地・名 称・氏名		医療機関等コード ()	

口 座 番 号	金融機関の名称	()銀行・信用金庫・農協()本店・支店・支所	
	口 座 種 別 と 口 座 番 号	普 通 預 金 当 座	口座番号
	フリガナ		
	名 義 人		

市町村記入欄※	給付決定	診療年月			受給資格者番号			
		医療機関等コード			入 外			
		加入保険者番号			被 保 険 者 番 号			
		決定点数(金額)						
		性 別	生年月日			日数	給付割合	
		総 医 療 費 (A)	窓 口 負 担 額 (B)	高額療養費 自己負担限 度額(C)	他法公費自 己負担額(月 額)(D)	単県公費一 部負担額(月 額)(E)	単県公費 償還給付額 (F)	
		公費番号		外 来 ・ 合 算				
		円	円	円	円	円	円	
		決 裁	課 長	課長補佐	主 幹	主 査	係	システム入力
							月 日	月 日

記入例

様式第4号(第5条関係)

医療機関・薬局の件数分必要です。

領収証の写し(医療点数の記載のもの)と併せて提出して下さい。

小児等医療費給付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

吉備中央町長

様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	吉備 太郎			受給資格者 との続柄	父		
申請者住所	〒 716 — 1192 加賀郡吉備中央町豊野1-2			TEL	0866 (54) 1326		
受給資格 給者	フリガナ	キビ ハナコ		受給資格者 の生年月日	明 昭	○年 ○月 ○日	
	氏 名	吉備 花子			大 平		
	加入保険者名 (会社名)	全国健康保険 協会○○支部	保険記号 番 号	12345 67890	単県公費受給 資格者番号	2 0 2 9 0 0 0	

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書						医 歯 薬 訪	
年 月 分		保険者番号				給付割合	987()
被 保 険 者 番 号							
入 外 区 分	公 費 区 分	公 費 番 号	診療日数	請求点数(全額)	一部負担金額	患者窓口負担額 (保険分)	
入 院 外 来	保 険		日	点・円	円	円	
	公費①		日	点・円	円		
	公費②		日	点・円	円		
	公費③		日	点・円	円		
フリガナ 患 者 氏 名			男 女	医療機関(薬局・訪問看護 ステーション)の所在地・名 称・氏名	医療機関等コード ()		

口座 番号	金融機関の名称	(○○○) 銀行・信用金庫・農協(△△△) 本店・支店・支所	
	口座種別と 口座番号	普通 預金 当 座	口座番号 9 8 7 6 5 4 3
	フリガナ	キビ タロウ	
	名 義 人	吉備 太郎	

市町村記入欄※	診療年月			受給資格者番号		
	医療機関等コード			入 外		
	加入保険者番号			被保険者番号		
	決定点数(金額)					
	性 別	生年月日			日数	給付割合
	総 医 療 費 (A)	窓 口 負 担 額 (B)	高額療養費 自己負担限 度額(C)	他法公費自 己負担額(月 額)(D)	単県公費一 部負担額(月 額)(E)	単県公費 償還給付額 (F)
				公費番号	外 来 ・ 合 算	
	円	円	円	円	円	円
	課 長	課長補佐	主 幹	主 査	係	システム入力
	決 裁					月 日

請 求 書

1. 請求金額 一金 _____ 円

2. 請求内容 小児等医療費 (_____ 年 _____ 月診療分)

上記のとおり請求します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

吉備中央町長 山 本 雅 則 殿

請求者 住 所 :

氏 名 :

印

口座振込先

- ・ 金融機関名称 : _____
- ・ 支 店 名 : _____
- ・ 口 座 種 別 : 普通 ・ 当座 (いずれかに○) _____
- ・ 口 座 番 号 : _____
- ・ 口座名義漢字 : _____
- ・ 口座名義カナ : _____

記入例

請求書は、診療月ごとに1枚必要です。

請求者（保護者の方）の住所・氏名を記入し、押印して下さい。

口座振込先は、保護者の方の口座をご記入して下さい。

請求書

1. 請求金額 一金 円

2. 請求内容 小児等医療費（令和 年 月診療分）

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

吉備中央町長 山 本 雅 則 殿

記入不要

1. 請求金額
2. 請求内容
3. 日付

請求者 住 所：〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3
(保護者)

氏 名：吉備 太郎



保護者の口座でお願いいたします。

口座振込先

- 金融機関名称： 〇〇〇銀行
- 支 店 名： △△支店（ゆうちょ銀行は漢数字3ケタ）
- 口 座 種 別： 普通 当座（いずれかに○）
- 口 座 番 号： 9 8 7 6 5 4 3
- 口座名義漢字： 吉備 太郎
- 口座名義カナ： キビ タロウ