

【子ども医療費助成・ひとり親家庭等医療費等助成】償還払い郵送申請の流れ

①領収書の確認

確認のポイント

- 負担割合が**2割(20%)**もしくは**3割(30%)**か
《10割(100%)の場合、まず保険組合への申請が必要》
- 当月の受診分はないか
《今月受診した医療費の申請は翌月以降申請可》
- **保険内診療**の医療費か
《保険外診療は助成対象外》

医療費の領収書
※明細書ではありません。

注意

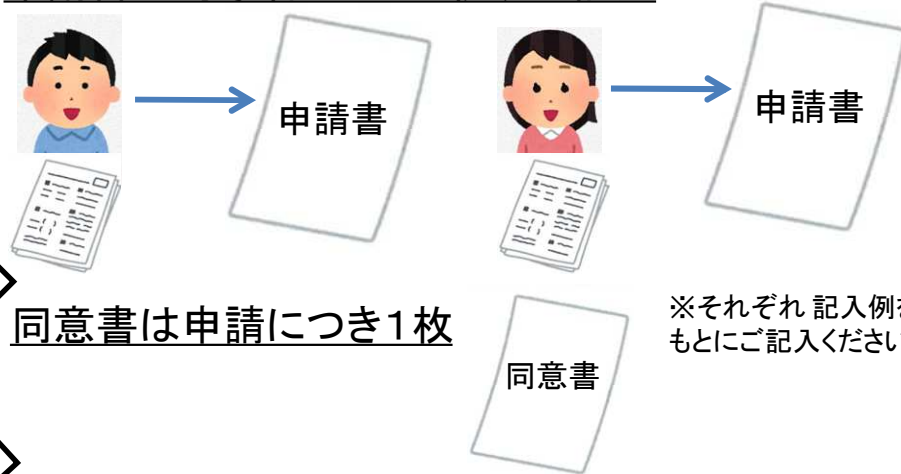
- ▼ 領収書は**原本を提出**してください。
→原本を手元に保管を希望する場合は、原本とコピーと一緒に送付してください。原本を確認のうえ返却いたします。
- ▼ 郵送トラブル防止のため、提出するすべての領収書は必ず、**写しをご自身で保管**してください。

Attention

②申請書の記入

※「浦安市子ども医療費助成金交付申請書」もしくは「浦安市ひとり親家庭等医療費等助成申請書」と「同意書」をホームページから印刷してください。

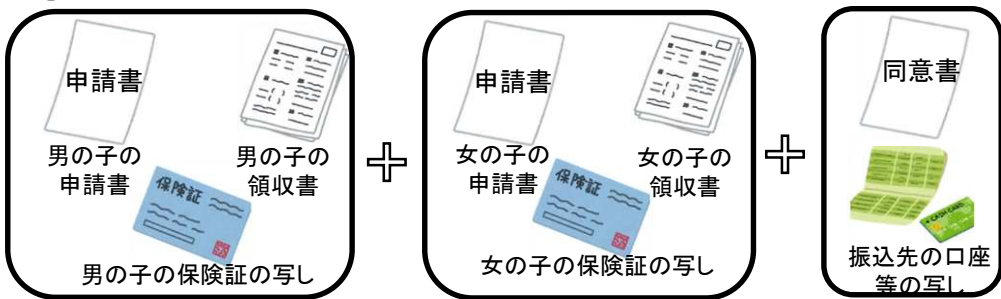
申請書は対象者につき1枚ずつ記入



同意書は申請につき1枚

※それぞれ記入例をもとにご記入ください。

③発送 (例)子ども2人の償還払いを申請するとき



封筒へ封入封緘のうえ



郵便ポストへ

補足

- **支払日**は申請月の**2か月後の中旬**になります。
《支払前に決定通知を送付いたします。》
- ただし、**医療費が高額**(概ね21,000円以上)の方は、**支払いが遅れる**場合がありますのでご了承ください。
《保険組合の回答が到着次第、速やかに支払います。》
- **助成対象外の領収書**(保険対象外・10割負担等)があった場合、ご提出の領収書は**返却**いたします。
- 不備がありましたら、こちらから連絡いたしますので、申請書には**日中連絡が可能な電話番号**を記載のうえ、修正や追加書類の提出にご協力をお願いします。

宛先

〒279-8501
浦安市猫実1-1-1 浦安市役所こども課給付係
【子ども医療費の場合】子ども医療費担当宛
【ひとり親医療費の場合】ひとり親医療担当宛

問い合わせ先
浦安市役所こども課給付係
TEL047-712-6424