

# 【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≫
- 受診日が申請日の**翌月以降**か  
 ≪今月受診した医療費の申請は不可≫
- 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

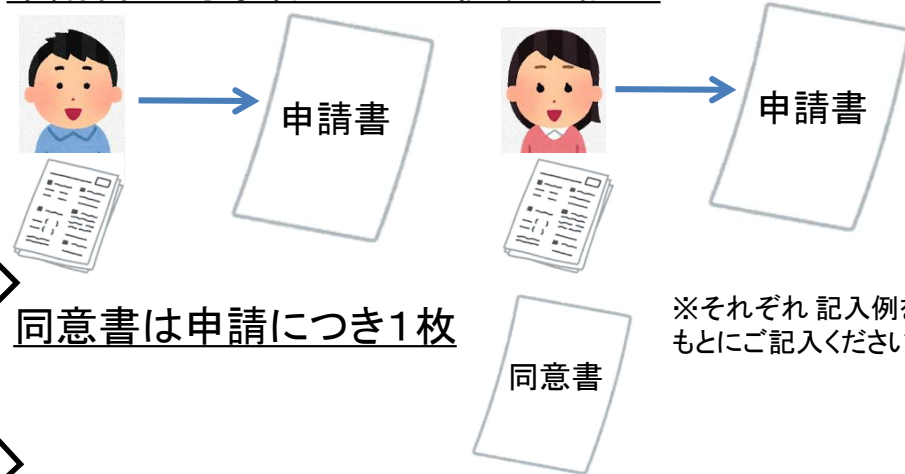
- ▼ 領収書は**原本を提出**してください。  
 →原本を手元に保管を希望する場合は、原本とコピーと一緒に送付してください。原本を確認のうえ返却いたします。
- ▼ 郵送トラブル防止のため、提出するすべての領収書は必ず、**写しをご自身で保管**してください。

Attention

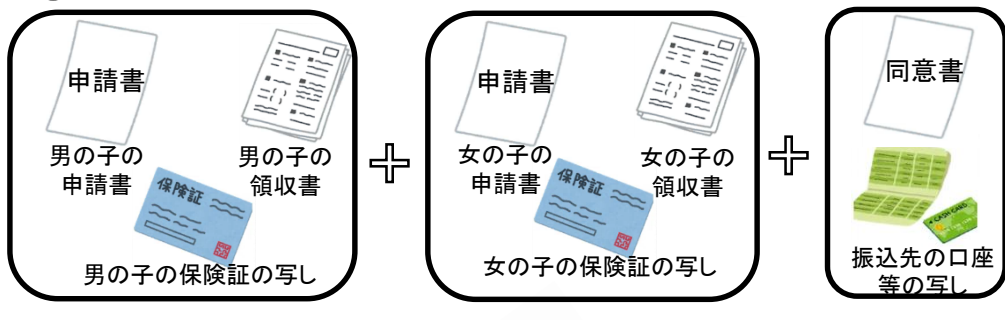
## ②申請書の記入

※「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



## 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。

〒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**

宛先

問い合わせ先  
 浦安市役所こども課給付係  
 TEL047-712-6424