

ひとり親家庭等医療助成費支給申請について

ひとり親家庭等医療証をお持ちの方で、東京都外で受診したときなどに、医療機関等でいったん支払った医療費の自己負担について、後日、払い戻しを受ける際の手続きです。

医療機関発行の領収書（原本）とともに申請書を提出してください。

<申請書記入の際の注意>

- 診療を受けた対象者ごとに申請書を作成してください。
- 太線内をご記入ください。
- 病院等の名称・所在地は診療を受けた期間のうち最初に受診した病院をお書きください。
- 支給申請額は記入しないでください。
- 加入医療保険は診療を受けた対象者の方が加入している健康保険の内容をお書きください。
- 医療証の表面に記載されている方（保護者）の名前で申請しその方の銀行口座を指定してください。

※ ご提出いただく領収書には以下の項目が必要です。レシートでは受付できませんのでご注意ください。

①受診者氏名 ②領収金額 ③医療保険対象点数 ④診療年月日 ⑤医療機関名称 ⑥領収印

※ 審査のうえ、2～3か月後に指定の銀行口座に振り込みます。ただし、高額療養費に該当する場合等は、加入保険への確認のための期間を要します。

☆総医療費（10割分）を支払った場合の手続きについて☆

- ・健康保険証を使わずに全額自己負担した場合
- ・コルセットや弱視用眼鏡など医療用の補装具を購入した場合 など

総医療費（10割分）を支払った場合は、まず加入されている健康保険組合から保険負担分が支払われます。あらかじめ、領収書や医師の発行した診断書（意見書）等のコピーをお手元に保管のうえ、加入されている健康保険組合に請求してください。

請求が認められると、健康保険組合から支払額（支給額）決定通知書がお手元に届きますので、支払額（支給額）決定通知書の原本を添付して医療費助成の申請をしてください。

<申請に必要なもの>

- ・ひとり親家庭等医療助成費支給申請書
- ・領収書のコピー（原本があれば原本）
- ・健康保険組合発行の支払額（支給額）決定通知書の原本
- ・補装具購入の場合、医師の発行した診断書（意見書）等のコピー（原本があれば原本）

申請は、下記へ直接持参するか、郵送でお願いします。（※出張所・区民サービスセンターでは扱っていませんのでご注意ください。）

提出・連絡先 〒150-8010 渋谷区宇田川町1-1
渋谷区子ども家庭部子ども青少年課子育て給付係（庁舎4階）
電話 3463-1211 内線 7392
直通 3463-2558
ひとり親家庭等医療助成担当