

6. 医療証の交付

受給資格の認定後、医療証を交付します。郵送で交付する場合、保護者の住所にお送りいたします。（保護者が区外住所の場合は、児童の住所）

※児童の加入健康保険によって、医療証が交付されない場合があります。その場合には、医療費助成の受給資格を証する、認定通知書を交付します。

0歳～6歳到達後最初の3月31日までの児童（未就学児）	➡	乳幼児医療証を交付します。	乳
15歳到達後最初の3月31日までの児童（小・中学生） ※乳幼児医療証対象者除く	➡	子ども医療証を交付します。	子
18歳到達後最初の3月31日までの児童（高校生等） ※乳幼児・子ども医療証対象者を除く	➡	高校生等医療証を交付します。	青

7. 助成の受け方

①医療証を取り扱っている医療機関等では、健康保険証と医療証を提示すると、健康保険が適用される医療費の自己負担額を支払わずに受診できます。

※健康保険が適用されない医療費（薬の容器代・健康診断・予防接種・選定療養費等）は、助成の対象外ですので、自費となります。

②入院した際の食事療養標準負担額については、医療証取扱い医療機関であっても、医療機関窓口でお支払いになり、領収書をお受け取りください。

③東京都外の医療機関等、及び都内の医療証を取り扱わない医療機関等で受診される場合は、健康保険証を提示して自己負担額を支払い、領収書をお受け取りください。

！ 上記②・③の場合、支払った医療費（健康保険が適用される医療費の自己負担額、入院時食事療養標準負担額）は、支給申請すると、医療証の保護者名義の口座に振り込まれます。【申請方法は下記8参照】

8. 支払った医療費の払い戻しを受けるための支給申請の方法

※認定期間内にかかった健康保険が適用される医療費の自己負担額、入院時食事療養標準負担額が対象です。

◇医療機関等で自己負担された場合は領収書を必ずお受け取りください。

◇医療助成費支給申請書と必要項目の記載された領収書（レシート不可※詳しくはお問い合わせください）を添えて申請してください。

◇医療助成費支給申請書は世田谷区のホームページからプリントアウトできます。また、子ども家庭課に電話・FAXでご請求いただければ、郵送いたします。

注1）領収書の領収年月日から5年以内であれば申請できます。ただし、全額自己負担したとき（健康保険証を持参せずに受診した場合、補装具を作った場合など）や高額療養費に該当したときは、先に健康保険組合等への申請が必要です。健康保険組合等への申請については、時効が別に定められていますので、お早めにご加入の健康保険組合等へご相談ください。健康保険組合等から療養費が支給されない場合、子ども等医療費助成も支給されませんのでご注意ください。

注2）全額自己負担したとき（健康保険証を持参せずに受診した場合、補装具を作った場合など）や高額療養費に該当したときは、必要書類が異なりますので、お問い合わせください。

支給申請の方法等の詳細は世田谷区のホームページでも紹介しております。

領収書の必要項目		
①受診者氏名	②入院・外来の別	③領収額
④保険診療点数	⑤入院時食事療養費内訳	
⑥診療年月日	⑦領収年月日	
⑧医療機関等の所在地・名称	⑨領収印	

世田谷区

子ども等医療費助成制度のご案内

世田谷区では、0歳から18歳に達した日以後最初の年度末（3月31日）までの児童の健康保持と健やかな成長を願い、医療費の一部を助成しています。

1. 対象となる児童（全てを満たしていることが必要です）

●世田谷区内に住所があり、18歳に達した日以後最初の3月31日までの方。

（4月1日生まれの場合は前日の3月31日まで。）

●国民健康保険または社会保険（社会保険各法によるもの）に加入している。

●以下の医療助成を受けていない。

- ①生活保護、②規則で定める施設入所者（通所施設、母子生活支援施設及び障害児入所施設を除く）、③里子等

2. 助成内容

健康保険が適用される医療費の自己負担額、入院時の食事療養標準負担額

※他の医療助成制度の対象となる疾病は、その制度が優先されます。

3. 申請方法

「子ども等医療費助成制度受給資格認定申請書」を記入し、郵送または窓口で提出してください。（記入例は2・3ページにあります。）

郵送の場合

児童の健康保険証、もしくは加入予定の（父・母等の）健康保険証をご確認の上、「子ども等医療費助成制度受給資格認定申請書」を記入し、子ども家庭課に提出してください。

窓口の場合

子ども家庭課もしくは、各総合支所保健福祉センター子ども家庭支援課の窓口でご申請いただけます。申請時には、児童の健康保険証、もしくは加入予定の（父・母等の）健康保険証*をご持参ください。

* 出生直後の場合は出生届出済みの記載のある母子手帳もご持参ください。

4. 資格発生日

申請月（郵送の場合は、申請書が子ども家庭課に届いた日の属する月）の初日から。

※出生、転入により申請する場合は、3ヶ月以内に申請すると誕生日または転入日から。

申請・お問い合わせ先

世田谷区 子ども・若者部 子ども家庭課 子ども医療・手当担当

〒154-8504 世田谷区世田谷4-21-27

TEL 03-5432-2309 / FAX 03-5432-3081（FAXでの申請不可）

世田谷区のホームページ <https://www.city.setagaya.lg.jp/>

子ども・教育・若者支援 → 助手、手当、貸付 → 子育て・教育に関する助成 → 子ども等医療費助成制度

《2ページ目以降もご覧ください》

5. 申請書記入例

以下の記入例と注意事項を参考に、申請書をご記入ください。
記入は黒色のペン等を使用してください。

※鉛筆や文字を消すことができるペンでは、記入しないでください。

保護者（生計中心者）について

父又は母で、ご家庭での生計中心者の方についてお書きください（生計中心者とは、所得が高い方をいいます。）
両親とも就労されている場合には、所得の高い方を保護者としてください。児童との同別居は問いません。
父母以外（児童の祖父母等）が養育されている場合には、その方についてお書きください。
なお、高校生等*が誰からも監護（生活について通常必要とされる監督、保護）されていない場合は、1ページのお問い合わせ先までご連絡下さい。 ※15歳に達した日以後最初の4月1日から18歳に達した日以後最初の3月31日までの間の方。

保護者（生計中心者）の住所

保護者（生計中心者）の住所を記入してください。

※保護者（生計中心者）の方が世田谷区以外に住んでいる場合

- ・住所欄には、世田谷区以外の実際に居住している住所を記入してください。
- ・氏名の横に保護者（生計中心者）の生年月日を記入してください。

子ども等医療費助成制度 受給資格認定申請書

太枠内をご記入ください。（※印の部分は記入しないでください。）

以下のとおり子ども等医療費助成制度の受給資格の認定を申請します。

世田谷区長 あて ○○年△△月××日

保護者（生計中心者）住所 世田谷区世田谷4-21-27 ハイイツ区役所201

日中連絡の取れる電話番号（自宅・携帯） 03-5432-2309

フリガナ セタガヤ タロウ
氏名 世田谷 太郎 生年月日 ○○年△△月××日

フリガナ	セタガヤ	イチロウ	生年月日	性別	※受給者番号
氏名	世田谷 一郎		○○年△△月××日	男・女	
上記保護者との同別居	1 同居 2 別居	2の場合別居先住所	上記保護者との続柄	1 子 2 その他	※交付・却下日
加入健康保険	記号	番号	枝番	世帯主 組合員 被保険者氏名	※資格取得日
	11111	111	01	世田谷 太郎	
保険者名称	東京支部		国民健康保険 健康保険組合	国民健康保険組合 共済	出生・転入日() 申請月初日・他制度廃止 その他()
保険者番号(右づめで記入)	011130012				
フリガナ	同上		生年月日	性別	※受給者番号
氏名	同上		年月日	男・女	
上記保護者との同別居	1 同居 2 別居	2の場合別居先住所	上記保護者との続柄	1 子 2 その他	※交付・却下日
加入健康保険	1と同じ健康保険の場合は、同上に○をつけてください。 異なる場合は以下に記入してください。		同上		※資格取得日
	記号	番号	枝番	世帯主 組合員 被保険者氏名	出生・転入日() 申請月初日・他制度廃止 その他()
保険者名称	同上		国民健康保険 健康保険組合	国民健康保険組合 共済	出生・転入日() 申請月初日・他制度廃止 その他()
保険者番号(右づめで記入)	同上				

※備考

不備書類 健康保険情報 その他()
児童手当 (申請済み(認定番号)・Cパターン・公務員)
保護者区外・マル青のみ・その他()

受付	入力	確認1	確認2

認定申請の対象となる子ども

この欄には、今回医療費助成の認定申請をする18歳の年度末までの児童について記入してください。

※すでに世田谷区の乳幼児・子ども医療証・高校生等医療証をお持ちの児童については、記入は必要ありません。

保護者との同別居

児童が上に書いた保護者（生計中心者）の方と同居されている場合は、「1同居」に○をしてください。別居の場合は、「2別居」に○をして、右の欄に児童の住所を記入してください。

※備考

不備書類 健康保険情報 その他()
児童手当 (申請済み(認定番号)・Cパターン・公務員)
保護者区外・マル青のみ・その他()

受付	入力	確認1	確認2

加入健康保険

児童が加入している健康保険の内容について、児童の健康保険証、もしくは加入予定の(父・母等の)健康保険証をご確認のうえ、記入してください。

【保険証見本】

※保険証の種類によってはレイアウトが異なることがあります。

健康保険 被保険者証	家族(被扶養者)	××年×月×日交付
①	記号 11111	番号 111 枝番 01
氏名	世田谷 一郎	
生年月日	△△年△△月△日	性別 男
資格取得年月日	○○年○月○日	
②	被保険者氏名	世田谷 太郎
事業所所在地	世田谷区世田谷4-21-27	
事業所名称	世田谷区役所	
③	保険者番号	011130012 ←④
④	保険者名称	全国健康保険協会 東京支部
印	保険者所在地	東京都品川区大崎×-×-×

①記号・番号・枝番

児童の健康保険証の記号・番号は、加入予定の(父・母等の)健康保険証と同一になります。
健康保険証の枝番は個人ごとに異なるため、児童の健康保険証に記載の枝番を記入してください。
※枝番の記載がない、または健康保険証がまだ発行されていない場合、枝番の記入は必要ありません。

②世帯主・組合員・被保険者氏名

健康保険証に記載されている被保険者(または世帯主、組合員)の氏名を記入してください。
※児童の名前ではありません。
(例:子が父の健康保険の扶養になっている場合、この欄は父の名前になります。)

③保険者名称

健康保険証に「保険者名称 △△」と記載されている「△△」の部分を入力し、右の5つの種別からあてはまるものに○をつけてください。
※児童の名前や保護者の方の名前ではありません。
(例:世田谷区の国民健康保険に加入している場合、「世田谷区」と記入し、「国民健康保険」を○で囲んでください。)

④保険者番号

健康保険証に記載されている保険者番号を右づめで記入してください。