

ひとり親家庭医療費助成制度のご案内

ひとり親家庭の児童とその児童を養育する配偶者のない方が病気やケガで受診した際の医療費のうち、『**保険診療分の自己負担額**』と『**入院時食事療養費**』について助成します。（予防接種、薬の容器代、証明料などの**保険適用されないものは助成対象外**です。）

助成対象期間 : **児童が満18歳に達する日以後最初の3月31日まで**

医療機関窓口にて保険診療分を含む請求額全額を支払い後、上三川町役場にてひとり親家庭医療費助成申請をすることにより助成が受けられます。（償還払い方式）

（注意）ひとり親家庭医療費助成を利用されている高校生以下のお子さまは「児童医療費助成制度」の対象にもなります。栃木県内の医療機関等であれば、児童医療費受給資格証（ピンク色またはベージュ色）を提示していただくことで、窓口での保険診療分の自己負担額の支払いがなくなります（現物給付方式）。**栃木県外での受診や、入院時食事療養費を支払ったなどで現物給付を受けられなかった場合は、償還払い（ひとり親家庭医療費助成を利用）にてご申請ください。**

申請方法 **【ひとり親家庭医療費受給資格者証】【申請書】【領収証】【マイナンバーカード等、保険資格を確認できるもの】【本人確認書類】**を揃えて**上三川町役場 子ども家庭課 相談支援係 窓口**、または、郵送で申請ができます。

※本人確認書類・・・運転免許証・マイナンバーカードなど顔写真付きの身分証明書

申請書 1人につき1枚、“申請者記入欄”を記入する。

※申請書は子ども家庭課窓口にごさいます。または、ホームページからもダウンロードできます。

※“保険診療証明書欄”は、保険点数等必要事項が領収書に記載されていない場合、領収書を紛失して再発行していただけない場合などの際、領収書の代わりに医療機関で保険点数を証明してもらうものです。（証明書は、医療機関により手数料が掛かる場合があります。手数料は自己負担です。）

振込口座 **【受給資格者名義】の口座のみになります。**

領収証 **【受診者】、【保険点数 または 総医療費】、【負担割合】の記載があるもの。**

※高額療養費・付加給付に該当する場合は、上記の他に**添付書類が必要になります。**（裏面参照）

※原則として領収証は原本を提出いただきますが、原本が必要な方は**原本+コピー**をご用意いただき、確認後、原本に受付印を押印のうえ、ご返却いたします。

助成対象外

- 保険適用外の自己負担額（予防接種・容器代・室料差額・健診・証明書代等）
- 学校管理下で発生したケガ等で日本スポーツ振興センター**災害共済の給付を受けた医療費**

申請期間 **受診した月の翌月1日から1年以内**（診療月の翌年同月末日まで）

ひとり親家庭医療費申請には申請期間があり、それを過ぎますと対象外になり助成ができませんので、必ず期間内に申請をしてください。

【例】令和5年4月に受診した分は R5.5.1～R6.4.30まで申請できます。

郵送申請 **【ひとり親家庭医療費受給資格者証】+【申請書】+【保険点数の記載がある領収証】**を忘れずに同封してください。（なお、返信用封筒、返信用切手は必要ありません。）

※封筒に差出人名・住所の記載をお願いいたします。送料は自己負担になります。

※郵送申請の場合、受付日は消印日となります。

振込日 **毎月月末までの受付分を、翌月末に受給資格者の口座へ振り込みます。**

※【受給資格者名義】の口座のみになります。

※支払通知・明細等は発送いたしませんので、通帳の記帳にて入金確認をお願いいたします。

変更等があった場合は届出が必要です【児童・児童を養育する方の健康保険証】が必要

- 健康保険・住所・氏名等の変更があった場合（ひとり親家庭医療費受給資格者証 内容変更 の手続き）
- 受給資格者証を紛失した場合（ひとり親家庭医療費受給資格者証 再発行 の手続き）

高額療養費・付加給付金について

ひとり親家庭医療費助成制度では、給付金を差し引いた額を助成します。

高額療養費は、法定給付金です。（全ての健康保険組合共通の制度）

- ◆1ヶ月間の保険診療自己負担額が、1つの医療機関（入院・外来別）で下表の自己負担限度額を超える支払いがある場合は「高額療養費」に該当します。
- ◆健康保険組合により、手続きが必要な場合があります。ご加入の健康保険組合へお問い合わせください。
- ◆**高額療養費制度に該当する場合は添付書類が必要となります。**限度額適用認定証交付の申請をした場合は【**限度額適用認定証のコピー**】を添付、申請をしていない場合は【**高額療養費決定（支払）書**】（該当せず不支給の場合はその通知書）を添付して、申請書とともにご提出ください。
※原本が必要な方は 原本+コピー をご用意ください。確認後、原本はご返却いたします。

区分	所得要件	自己負担限度額
ア	社保：標準報酬月額 83 万円以上 国保：基礎控除後の所得が 901 万円超	252,600 円+(総医療費-842,000 円)×1% (多数該当：140,100 円)
イ	社保：標準報酬月額 53 万円以上 83 万円未満 国保：基礎控除後の所得が 600 万円超～901 万円以下	167,400 円+(総医療費-558,000 円)×1% (多数該当：93,000 円)
ウ	社保：標準報酬月額 28 万円以上 53 万円未満 国保：基礎控除後の所得が 210 万円超～600 万円以下	80,100 円+(総医療費-267,000 円)×1% (多数該当：44,400 円)
エ	社保：標準報酬月額 28 万円未満 国保：基礎控除後の所得が 210 万円以下	57,600 円 (多数該当：44,400 円)
オ	住民税非課税世帯	35,400 円 (多数該当：24,600 円)

注意：同一世帯(70歳未満)で21,000円を超える医療費が2つ以上ある場合は世帯合算対象になります(※70歳以上75歳未満は全ての医療費が合算対象)。
《所得要件：H27年1月改定》

付加給付金は、健康保険組合独自の給付制度です。※組合により異なります

- ◆付加給付金に該当した場合は、ひとり親家庭医療費助成申請の際【**支給決定通知書**】が必要です。
- ◆付加給付制度の有無・内容（給付額）・付加給付制度の名称などが健康保険組合によりそれぞれ異なります。手続きが必要な場合もありますので、ご加入の健康保険組合へお問い合わせください。

その他、ひとり親家庭医療費助成対象になる可能性がありますのでご連絡ください。

- 被保険者番号のわかる物を持たずに受診し、保険が適用されず医療費を10割(100%)自己負担した場合。
 - コルセット等の治療用装具を作った場合。
 - 弱視・斜視・先天性白内障術後の屈折矯正の治療用眼鏡等を作った場合。
- 健康保険組合等で保険が適用された場合にはひとり親家庭医療費助成対象になりますので、申請手続き等につきましては、相談支援係 までお問い合わせください。

上三川町役場 子ども家庭課 相談支援係 (役場1階)

〒329-0696 河内郡上三川町しらさぎ一丁目1番地

☎ 0285-56-9137 FAX 0285-56-6868 E-mail kodomo01@town.kaminokawa.lg.jp