

# 小児慢性特定疾病医療費支給申請（払い戻し）のご案内

医療受給者証が手元に届くまでの間に医療機関等を受診し、自己負担が発生している場合は、川崎市に払い戻しの申請をすることができます。（申請にあたり医療機関の証明が必要）  
申請の前に、川崎市のホームページを必ずご確認ください。

## 1 払い戻し制度について

### ○払い戻しを受けることができる方

川崎市が発行する「小児慢性特定疾病医療受給者証」の有効期間内に、認定を受けている小児慢性特定疾病の治療等のために医療機関を受診し、自己負担上限月額を超えて医療費等を負担している方で、次のいずれかに該当する方

- 1 小児慢性特定疾病の治療等のために医療機関等を受診し、小児慢性特定疾病医療費に係る負担額を超えて自己負担が発生している方
- 2 小児慢性特定疾病指定医療機関以外で受診し、小児慢性特定疾病医療費に係る負担額を超えて自己負担が発生している方
- 3 小児慢性特定疾病の治療等のために医療機関等を受診した際に、小児慢性特定疾病医療受給者証を提示せずに小児慢性特定疾病医療費に係る負担額を超えて自己負担が発生している方

### ○払い戻しの対象外となる費用の例

- 1 認定を受けている小児慢性特定疾病と関連のない治療等に係る費用  
（例 小児慢性特定疾病医療受給者証の交付を受けている方が、風邪等で医療機関を受診した場合）
- 2 小児慢性特定疾病医療受給者証の有効期間外に受診した場合の費用  
※有効期間外の治療に係る自己負担分は、公費負担の対象外です。
- 3 健康保険が適用されていない費用  
※健康保険が適用されない治療等については、公費負担の対象外です。
- 4 文書料  
※申請の際に必要なとなる医療機関証明欄の作成に係る所定の文書料は、払い戻しの対象外です。
- 5 川崎市転入前または転出後に受診した際の費用  
※転入前または転出先の自治体に申請してください
- 6 医療保険の負担分

## 2 申請方法

### （１） 郵送・窓口による申請

「3 申請に必要な書類」をそろえて、「4 申請書類の提出先」へご提出ください。

### （２） インターネットによる申請

右記の二次元コードから申請フォームに入ってください、必要事項を入力してください。

**【注意】必ず郵送が必要な書類がありますので、電子申請のみで手続きは完結しません。**

郵送が必要な書類は「3 申請に必要な書類」に記載のとおりです。

インターネットによる申請はこちら（事前登録が必要です）

手続き名：小児慢性特定疾病  
医療費支給申請（払い戻し・  
償還払い）



### 3 申請に必要な書類 ※郵送された書類の返却はいたしませんのでご注意ください。

①②③④⑤は必須書類、⑥⑦⑧が該当の方のみ提出が必要です。

|                                      |                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 小児慢性特定疾病医療費支給申請書<br>※原本の提出が必要      | 申請書は市ホームページからダウンロード、又は区役所児童家庭課で配布しています。医療機関ごとに証明が必要となります。証明に係る費用は払い戻しの対象外です。                                                                                                   |
| ② 領収書のコピー                            | 払い戻しの申請を行う受診日の領収書のコピーを提出してください。                                                                                                                                                |
| ③ 同意書<br>※原本の提出が必要                   | 申請内容等について、受診した医療機関等に照会を行う場合があるため。                                                                                                                                              |
| ④ 受給者証のコピー                           | 受給者証の有効期間外に発生した医療費は払い戻しの対象外です。                                                                                                                                                 |
| ⑤ 振込先の口座情報がわかるもののコピー                 | 金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人カナがすべてわかるもの。<br>預金通帳やキャッシュカードのコピー、ネット銀行等で通帳がない場合は、パソコン等の画面を印刷したもの等。<br>※①申請書の申請者と同一の名義であることが原則となります。申請者と異なる名義の口座へ振り込みを希望する場合は⑥委任状を提出してください。           |
| ⑥ 委任状<br>※原本の提出が必要                   | <u>該当の方のみご提出ください。</u><br>・申請者の名義と振り込み先の名義が異なる場合<br>・18歳以上の成年患者が受診した分を本人以外が申請する場合                                                                                               |
| ⑦ 高額療養費限度額適用認定証の写し又は高額療養費の給付決定通知等の写し | <u>該当の方のみご提出ください。</u><br>入院等により、ひと月あたりの総医療費が所得等に応じた限度額を超えている場合、加入する健康保険組合から「高額療養費」の還付を受けられる場合があります。<br>高額療養費に該当する場合は、健康保険組合から還付を受けてから、本制度の還付手続きが可能になりますので、必ず事前に健康保険組合にご相談ください。 |
| ⑧ 上限額管理票の写し                          | <u>該当の方のみご提出ください。</u><br>申請する診療月の上限額管理票に記載がある方                                                                                                                                 |

### 4 申請書類の提出先

| 名称                     | 〒        | 住所               | 電話番号     |
|------------------------|----------|------------------|----------|
| 川崎区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | 210-8570 | 川崎市川崎区東田町 8      | 201-3214 |
| 幸区役所地域みまもり支援センター児童家庭課  | 212-8570 | 川崎市幸区戸手本町 1-11-1 | 556-6688 |
| 中原区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | 211-8570 | 川崎市中原区小杉町 3-245  | 744-3308 |
| 高津区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | 213-8570 | 川崎市高津区下作延 2-8-1  | 861-3315 |
| 宮前区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | 216-8570 | 川崎市宮前区宮前平 2-20-5 | 856-3302 |
| 多摩区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | 214-8570 | 川崎市多摩区登戸 1775-1  | 935-3264 |
| 麻生区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | 215-8570 | 川崎市麻生区万福寺 1-5-1  | 965-5234 |