

<外国朋友请看> 儿童医疗费用补助指南

◆什么是儿童医疗费用补助制度？

这是当您的小孩在医疗机构接受诊疗时，对适用健康保险的医疗费用自费部分及入院时的用餐疗养费用进行补助的制度。

如要接受儿童医疗费用补助，需要您申请并获取医疗证。

◆补助的对象儿童

有在新宿区进行居住登记的儿童，且年龄在年满18周岁后第一个3月31日之前

※ 如儿童属于以下①~③的任意一种情况，则不在补助对象内

- ①未投保日本的健康保险
- ②接受生活保护
- ③进入儿童福祉设施等机构

医療証	
負担者番号	
受給者番号	
保護者	氏名
	生年月日
	住所
氏名	
有効期間	
交付年月日	

医療証	
負担者番号	
受給者番号	
保護者	氏名
	生年月日
	住所
氏名	
有効期間	
交付年月日	

医疗证样本

绿色和橙色版本间隔一年交替使用。

◆医疗证的使用方法

在东京都内医疗机构等接受诊治时，您可出示Myna保险证等和医疗证，即可不付医疗费进行诊治。

◆在医疗机构的窗口进行了医疗费用的付费时

如属以下（1）～（5）的情况，可通过申请接受补助。

- （1）入院时支付了就餐疗养费用的
- （2）在东京都外的医疗机构等接受过诊治的
- （3）在不接收医疗证的医疗机构等接受诊治的
- （4）投保了东京都以外的国民健康保险及国民健康保险组合的
- （5）支付了全部医疗费用（100%），之后投保的健康保险组合等对此进行了疗养费的付费的

◆申请方法

〈必要文件〉 婴幼儿、儿童、高中生等医疗证件交付申请书、可确认申请对象儿童的健康保险资格的证件（健康保险证、资格确认书、资格信息通知书等的复印件）

〈提交单位〉 儿童家庭课 儿童医疗・补贴系（本厅舍2楼15号窗口）、各特派点

※邮寄（寄到儿童医疗・补贴系）或通过个人编号卡门户网站进行申请。

◆ 医疗证交付申请填写示例

婴幼儿、儿童、高中生等医疗证 (新規・増人・保護者変更) 交付申請書

请填写申请人名义的银行账号。
该账号将作为补助申请时的转账账号使用。

申请书为养育申请对象儿童的监护人。留学生等监护人不在日本境内居住时，敬请垂询。

新宿区長宛て		フリガナ シンジュク タロウ	生年月日 1970年1月23日	新宿 (店番号: 123) 区役所	
氏名	新宿 太郎	配偶者の有無	有 無	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所
住所	新宿区 歌舞伎町一丁目4番1号 電話 000 (000) 0000	加入している健康保険	1 国民健康保険 2 健康保険組合 3 全国健康保険協会	4 共済組合 5 国保組合 6 その他	口座番号 (右詰め) 1 2 3 4 5 6 7
勤務先名称	新宿 株式会社	口座名義 カナて記入	※ 口座名義は、金融機関で登録しているとおり、はっきりと書いてください。		
配偶者 フリガナ シンジュク ハナコ	生年月日 平成6年2月3日	同居別居 同居	8 8 1 3		
氏名 新宿 花子		国内別居 国外別居	8 9 1 3		
家族構成 18歳の年度末までの子ども	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	同居別居	個人番号
	シンジュク イチロウ 新宿 一郎	子	令和4年5月1日	同居 別居	1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6
			年 月 日	同居 別居	
			年 月 日	同居 別居	
			年 月 日	同居 別居	
子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。なお、この制度の資格審査及び毎年の更新時の審査・認定に当たり、区が保有する住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することに同意します。また、申請した事項に変更が生じたときは、速やかに届出を行います。					
令和6年4月1日			申請者氏名 新宿 太郎	請签名	
認定	年 月 日	保留	年 月 日	証交付	年 月 日
証発行場所	児童育成担当課・四谷・笹笹町・榎町・若松町・大久保・戸塚・落合第一・落合第二・柏木・角筈			却下	他 ()

补助对象儿童的健康保险证 (复印件) 粘贴处

咨询处

新宿区儿童 儿童家庭部 儿童发展科儿童医疗、补贴系

〒160-8484 新宿区歌舞伎町1-4-1 电话：03-5273-4546 (直通) FAX：03-3209-1145