

# <외국인 대상> 어린이 의료비 조성 안내

## ◆어린이 의료비 조성 제도

자녀가 의료기관에서 진료받았을 때 건강보험이 적용되는 의료비 중 본인부담금과 입원 시 식사요양비를 조성하는 제도입니다. 어린이 의료비 조성을 받으려면 신청 후 의료증을 발급받아야 합니다.

## ◆대상 어린이

신주쿠구에 주민등록을 하고, 만 18세가 된 후 최초 3월 31일이 지나지 않은 어린이

※ 자녀가 아래 ①~③ 중 하나에 해당하면 대상에서 제외됩니다.

- ① 일본의 건강보험에 가입하지 않은 경우
- ② 생활보호를 받고 있는 경우
- ③ 아동복지시설 등의 조치에 따라 입소 중인 경우

## ◆신청자

신주쿠구에 주민등록을 한 대상 자녀를 양육 중인 보호자

※ 소득 제한은 없습니다.

※ 보호자가 신주쿠구에 거주하지 않는 경우에는 아래 문의처로 연락해 주십시오.

| 医療証   |      |
|-------|------|
| 負擔者番号 |      |
| 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   |      |
|-------|------|
| 負擔者番号 |      |
| 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 |      |

의료증 이미지

녹색과 주황색 의료증을 매년 교대로 발급합니다.

## ◆의료증 사용 방법

도쿄도 내 의료기관 등에서 마이넘버 카드 보험증 등과 의료증을 제시하면 의료비를 지불하지 않고 진료받을 수 있습니다.

## ◆의료기관 창구에서 의료비를 지불한 경우

다음 (1)~(5)에 해당하면 신청 후 조성을 받을 수 있습니다.

- (1) 입원 시 식사요양비를 지불했을 때
- (2) 도쿄도 외 의료기관 등에서 진료받았을 때
- (3) 의료증을 취급하지 않는 의료기관 등에서 진료받았을 때
- (4) 도쿄도 외 국민건강보험 및 국민건강보험조합에 가입 중인 경우
- (5) 의료비를 전액(100%) 지불한 후 가입 중인 건강보험조합 등에서 요양비를 지급받았을 때

## ◆신청 방법

<필요 서류> 영유아·어린이·고등학생 등 의료증교부신청서 및 대상 자녀의 건강보험 자격을 확인할 수 있는 것(건강보험증, 자격확인서, 자격정보 안내서 등의 사본)

<제출처> 어린이가정과 어린이의료·수당계(본청사 2층 15번 창구), 각 특별출장소  
※ 우편(어린이의료·수당계 앞) 또는 마이나 포털에서 신청할 수 있습니다.

◆ 의료증교부신청서 작성 예시

신청자는 대상  
어린이를 양육  
중인  
보호자입니다.  
  
보호자가 일본  
국내에  
거주하지 않는  
유학생 등은  
상담해  
주십시오.

신청자 명의의 은행 계좌를 기재해 주십시오.  
조성 신청 시 입금 계좌로 사용합니다.

乳幼児・子ども・高校生等医療証 (新規・増人・保護者変更) 交付申請書

新宿区長宛て

|  |  |                            |                       |              |                         |
|--|--|----------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------|
| <b>氏名</b><br>シンジク タロウ<br><b>新宿 太郎</b>  | 生年月日<br>1970年1月23日                                   | <b>郵便番号</b><br>〒162-0801   |                       |              |                         |
| <b>住所</b><br>新宿区 歌舞伎町一丁目4番1号<br>電話 000 (000) 0000  | <b>区役所</b><br>新宿 (店番: 123) 大田 出張所                    |                            |                       |              |                         |
| <b>加入している健康保険</b><br>1 国民健康保険<br>2 労働者健康保険<br>3 全国健康保険協会<br>4 共済組合<br>5 国保組合<br>6 その他  | <b>口座番号</b><br>普通 口座番号<br>シン シ ユ ク タ ロ ウ             |                            |                       |              |                         |
| <b>勤務先</b><br>新宿株式会社   | <b>口座名義</b><br>※ 口座名義は、金融機関で登録しているのとおり、はっきりと書いてください。 |                            |                       |              |                         |
| <b>保護者</b><br>シンジク ハナコ<br><b>新宿 花子</b>   | 生年月日<br>平成6年2月3日                                     | 医療従事者<br>同意 同意 同意 同意 同意 同意 |                       |              |                         |
| 8 8 1 3<br>8 9 1 3   |  |                            |                       |              |                         |
| <b>家族構成</b>  | <b>氏名</b>  | <b>性別</b>                  | <b>生年月日</b>           | <b>医療従事者</b> | <b>本人番号</b>             |
| 1  | シンジク イチロウ<br><b>新宿 一郎</b>                            | 子                          | 令和4年5月1日              | 同意           | 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 |
| 2  |  |                            | 年 月 日                 | 同意           |                         |
| 3  |  |                            | 年 月 日                 | 同意           |                         |
| 4  |  |                            | 年 月 日                 | 同意           |                         |
| 5  |  |                            | 年 月 日                 | 同意           |                         |
| 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標準の更新時の審査(認定)当たり、区が保育士6名(住民基本台帳及び児童台帳等の公表に20編制)するに同意します。また、申請した事項に変更が生じた場合は、速やかに届出を行います。 |  |                            |                       |              |                         |
| <b>申請日</b><br>令和6年4月1日   |  |                            | <b>申請者氏名</b><br>新宿 太郎 |              |                         |
| <b>認定</b>  | 年 月 日  | <b>保留</b>                  | 年 月 日                 | <b>配交付</b>   | 年 月 日                   |
| <b>配発行場所</b>   | 子ども家庭課・四谷・笹荷町・榎町・若松町・大久保・戸塚・落合第一・落合第二・柏木・角管          |                            |                       |              | <b>卸下</b>               |

対象のお子さまの健康保険証等の写し添付欄  
(お子さまが加入される予定の健康保険証等の写しでも構いません)

※灰色部分にのり付けしてください  
※スペースが足りない場合は、裏面に添付ください

서명해 주십시오.

문의처

신주쿠구 어린이가정부 어린이가정과 어린이의료·수당계

☎160-8484 신주쿠구 가부키초1-4-1

전화 : 03-5273-4546(직통) FAX : 03-3209-1145