

提出書類 確認シート

郵送される前にこちらの確認シートで提出するものの確認をお願いします。

手続内容	提出書類
新規申請 (資格証作成)	<input type="checkbox"/> 子ども医療費受給資格証交付申請書 ※ 申請するお子さんが乳幼児の場合は裏面の同意書も記入が必要です <input type="checkbox"/> お子さんの健康保険の資格情報が確認できるものの写し（保険者番号・保険者名・記号/番号・被保険者氏名・資格取得日が分かるもの。） 【例】資格確認書、資格情報のお知らせ（切り離していないもの）、 マイナポータル画面の写しなど
申請内容の変更	<input type="checkbox"/> 子ども医療費助成受給資格変更届 <input type="checkbox"/> (健康保険の内容が変わる場合) お子さんの健康保険の資格情報が確認できるものの写し（保険者番号・保険者名・記号/番号・被保険者氏名・資格取得日が分かるもの。） 【例】資格確認書、資格情報のお知らせ（切り離していないもの）、 マイナポータル画面の写しなど <input type="checkbox"/> (振込み口座を変更する場合) 保護者様名義の預金通帳写し ※ 申請書に記載の内容が確認できる範囲の写しをお願いします ※ ゆうちょ銀行の家族カード以外はキャッシュカードでも可 <input type="checkbox"/> (住所や氏名が変わる場合) お手持ちの子ども医療費受給資格証 または、乳幼児医療費受給資格証
助成申請 (払い戻し)	<input type="checkbox"/> 子ども医療費助成申請書 <input type="checkbox"/> 領収書（原本） ※ 補装具の時など健康保険に原本を提出している場合は写し可 <input type="checkbox"/> 保護者様名義の預金通帳またはキャッシュカードの写し ※ 旧姓や家族カードでは不可。記載内容が全て確認できる部分。 ★月の自己負担額が21,000円を超える場合 <input type="checkbox"/> 高額療養費チェックシート <input type="checkbox"/> (チェックシートでBに該当した方) 同意書 <input type="checkbox"/> (チェックシートでCに該当した方) 高額医療費支給決定通知書または高額医療不支給決定通知書 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">補装具 や 10割負担された方は以下も必要です</div> <input type="checkbox"/> 健康保険からの給付が分かる書類（原本） <input type="checkbox"/> (補装具の方のみ) 医師からの指示書（写し可）
再交付申請	<input type="checkbox"/> 子ども医療費受給資格証再交付申請書 <input type="checkbox"/> (破損・汚損の場合) 子ども医療費受給資格証 または、乳幼児医療費受給資格証
資格喪失	<input type="checkbox"/> 子ども医療費助成受給資格喪失届 <input type="checkbox"/> 子ども医療費受給資格証 または 乳幼児医療費受給資格証

切り取って宛名にお使いください。
(封筒と切手はご用意ください)

〒880-0879

宮崎市宮崎駅東1丁目6番地2（市保健所内）

宮崎市 親子保健課 子ども医療担当 行