

平成31年度 一般会計歳出 第7款1項5目 13節(1)電算その他委託料

種目番号 受付 番号	委託担当 医療援助課福祉医療係 担当者名 加賀谷 TEL 671-4116
------------------	--

設 計 書

- 1 委託件名 小児医療費助成事業に伴う封入封緘業務委託
- 2 履行場所 各区役所保険年金課保険係及び健康福祉局医療援助課
- 3 履行期間(期限) 平成31年4月1日から平成32年3月31日
- 4 契約区分 確定契約 概算契約
- 5 その他特約事項 「個人情報取扱特記事項」を遵守すること
- 6 現場説明 不要
- 7 委託概要 別紙内訳書のとおり

8 部分払い

する (12回以内)

しない

【処理1】

業務内容	履行 予定月	数量 (概算数量)	単位	単価	金額 (概算金額)
医療証(乳児) 印刷	4月から3月まで	(23,700)	件		
医療証(乳児) 印字	4月から3月まで	(23,700)	件		
医療証(乳児) 裁断・封入封緘	4月から3月まで	(23,700)	件		
医療証(一斉更新分) 印刷	7月	(331,500)	件		
医療証(一斉更新分) 印字	7月	(331,500)	件		
医療証(一斉更新分) 裁断・封入封緘	7月	(331,500)	件		
医療証(一部負担金切り替え) 印刷	3月	(19,000)	件		
医療証(一部負担金切り替え) 印字	3月	(19,000)	件		
医療証(一部負担金切り替え) 裁断・封入封緘	3月	(19,000)	件		
受給資格喪失通知書(乳児) 印刷	4月から3月まで	(4,000)	件		
受給資格喪失通知書(乳児) 印字	4月から3月まで	(4,000)	件		
受給資格喪失通知書(乳児) 裁断・封入封緘	4月から3月まで	(4,000)	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 印刷	7月	(14,800)	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 印字	7月	(14,800)	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 裁断・封入封緘	7月	(14,800)	件		

委 託 代 金 額 (概 算 金 額)	
内 訳 (概 算 金 額)	
消費税及び地方消費税相当額 (概 算 金 額)	

8 部分払い

する (12回以内)

しない

【処理2】

業務内容	履行 予定月	数量 (概算数量)	単位	単価	金額 (概算金額)
課税証明書送付願(乳児)印刷	4月から3月まで	(1,400)	件		
課税証明書送付願(乳児)印字	4月から3月まで	(1,400)	件		
課税証明書送付願(乳児) 裁断・封入	4月から3月まで	(1,400)	件		
課税証明書送付願(一斉更新分) 印刷	6月	(7,500)	件		
課税証明書送付願(一斉更新分) 印字	6月	(7,500)	件		
課税証明書送付願(一斉更新分) 裁断・封入封緘	6月	(7,500)	件		
勸奨処理(乳児未届者) 印刷	7月、11月、2月	(3,200)	件		
勸奨処理(乳児未届者) 印字	7月、11月、2月	(2,400)	件		
勸奨処理(乳児未届者) 封入封緘	5月、7月、11月、2月	(3,200)	件		
勸奨処理(市外転入) 封入封緘	5月、7月、11月、2月	(3,400)	件		
勸奨処理(市外転入) 宛名シール貼付	5月、7月、11月、2月	(3,400)	件		
勸奨処理(再該当) 印刷	7月	(9,000)	件		
勸奨処理(再該当) 印字	7月	(9,000)	件		
勸奨処理(再該当) 封入封緘	7月	(9,000)	件		
証終了通知宛名印刷	3月	(18,000)	件		
証終了通知宛名印字	3月	(18,000)	件		
医療証同封チラシ印刷	6月から3月まで	(23,700)	件		
医療証同封チラシ(一斉更新用)印刷	6月	(331,500)	件		
医療証(一部負担金切り替え)チラシ 印刷	2月	(19,000)	件		
受給資格喪失通知書のチラシ (一斉更新用)印刷	6月	(14,800)	件		
課税証明書送付願いのチラシ (一斉更新用)印刷	6月	(7,500)	件		

委託代金額
(概算金額)

内訳

(概算金額)

消費税及び地方消費税相当額

(概算金額)

平成31年度「小児医療費助成事業に伴う封入封緘業務委託」仕様書

概要

横浜市小児医療費助成事業では、助成対象の乳児（0歳）・幼児（1～15歳）に対して医療証を交付しており、乳児については毎月対象者の誕生月に応じて、幼児については毎年8月1日を基準に医療証の更新を行っております。

また、小学4年生～中学3年生には一部負担金を設けており、平成31年度に小学3年生の幼児は平成32年4月に一部負担金が有の医療証へ切り替わります。

それに伴い、印刷・印字・裁断・封入封緘等の作業をお願いします。

委託業務

1 医療証更新

- (1) 医療証印刷・印字・裁断・封入封緘業務（4月～3月）
- (2) 医療証印刷・印字・裁断・封入封緘業務（一斉更新）
- (3) 医療証印刷・印字・裁断・封入封緘業務（一部負担金切替）
- (4) 同封チラシ等印刷業務

2 受給資格喪失通知書、課税証明書送付願い

- (1) 受給資格喪失通知書印刷・印字・裁断・封入封緘業務（4月～3月）
- (2) 課税証明書送付願い印刷・印字・裁断・封入封緘業務（4月～3月）
- (3) 受給資格喪失通知書印刷・印字・裁断・封入封緘業務（一斉更新）
- (4) 課税証明書送付願い印刷・印字・裁断・封入封緘業務（一斉更新）
- (5) 同封チラシ等印刷業務（一斉更新のみ）

3 勸奨

- (1) 印刷・印字・裁断 ※印字は7月から
- (2) 未届者・市外転入・再該当勸奨封入封緘業務（5，7，11，2月）※再該当は7月のみ
- (3) 同封チラシ等印刷業務（7月の再該当のみ）

4 証終了通知書

- (1) 証終了通知書印刷業務（3月）
- (2) 宛名印字業務（3月）

印刷帳票等（1～7については4月から印刷）

- 1 医療証（印刷数：374,200 件／年）
- 2 受給資格喪失通知書（印刷数：18,800 件／年）
- 3 課税証明書送付願い（印刷数：8,900 件／年）
- 4 医療証同封チラシ（印刷数：374,200 件／年）
- 5 受給資格喪失通知書同封チラシ（一斉更新）（印刷数：14,800 件／年）
- 6 課税証明書送付願い同封チラシ（一斉更新）（印刷数：7,500 件／年）
- 7 証終了通知書（印字数：18,000 件／年）

※各帳票・チラシの仕様については別紙参照

作業内容

共通事項

- (1) 帳票は封入封緘後も、出力されている順番は絶対に崩さずに50部ずつに束ね、区へ配送する際は品名が分かるようにして配送してください。
- (2) 毎月第4営業日にDVD、印刷したチラシ等を引き渡します。
それぞれ以下の作業を中5日（引き渡し日、区への配送日は含まず）の工程で行った後、各種帳票を各区役所保険年金課保険係へ配送してください。
※一斉更新に伴う作業（6、7月）、一部負担金切り替えに伴う作業（3月）については、処理期間が異なります。
- (3) 毎月、処理が終了した時点で、各作業毎・区毎に件数表を作成し、提出してください。
併せて、各帳票等の在庫数の報告をしてください。
- (4) 各区に配送する際は、ダンボール等で箱詰めにしてください。
- (5) 事前に処理のスケジュールをお渡しします。
- (6) 医療証等の発行区や記載されている問い合わせ先区役所と返信用封筒の区役所名は同じとする。

帳票等一覧（以降は帳票等名称の前にあるアルファベットに置き換えて使用します。）

- A. 医療証
- B. 受給資格喪失通知書
- C. 課税証明書送付願い
- D. 勸奨用申請書（未届者用）
- E. 勸奨用宛名シール（市外転入者用）
- F. 勸奨用申請書（再該当者用）
- G. 証終了通知書
- H. 医療証同封チラシ（一斉更新用）
- I. 医療証同封チラシ（4～3月用）

- J. 医療証同封チラシ（一部負担金切替用）
- K. 受給資格喪失通知書同封チラシ
- L. 課税証明書送付願い同封チラシ
- M. 勸奨用チラシ（未届者用）
- N. 勸奨用チラシ（市外転入者用）
- O. 勸奨用チラシ（再該当者用）
- P. 通知書、勸奨用封筒（ふたつ窓）
- Q. 市外転入勸奨用封筒（窓なし）
- R. 返信用封筒（窓なし）
- S. 医療証用封筒（ふたつ窓）

※チラシ等について、年度途中で改版となる場合があります。

※月等によって、引き渡しに DVD または紙媒体が異なるものがあります。

以下の作業内容では【データ】と標記しているものが DVD での引き渡し、【紙媒体】と標記されているものが紙での引き渡しになります。

※封筒 P,Q,R,S について、当課から年間分を一括で引き渡します。不足分については別途納品します。また、引き渡し場所については、別途調整します。

1 医療証更新

- (1) 一斉更新（6月）（1歳児～中学3年生）

※6月19日引き渡し、6月27日各区役所保険年金課へ納品となります。

ア 使用する帳票等

- C. 課税証明書送付願い…別紙、資料3参照【データ】
- L. 課税証明書送付願い同封チラシ…A4サイズ（別紙参照）【データ】
- P. 通知書、勸奨用封筒（ふたつ窓）…資料5参照
- R. 返信用封筒（窓なし）…区役所別（資料7参照）

※一斉更新時は L についてデータを引き渡しますので、印刷をお願いします。

イ 作業

課税証明書送付願い

Cを印刷・印字・裁断三つ折り、チラシLを印刷三つ折りし、封筒PにC・チラシL、封筒Rを封入封緘する。

※一部の区で封緘しない場合があります。

- (2) 一斉更新（7月）（1歳児～中学3年生）

一斉更新については、7月の第4営業日引き渡し、7月18日各区役所保険年金課へ納品となります。

ア 使用する帳票等

- A. 医療証…別紙、資料1参照【データ】
- B. 受給資格喪失通知書…別紙、資料2参照【データ】
- H. 医療証同封チラシ（一斉更新用）…A4サイズ（別紙参照）【データ】
- K. 受給資格喪失通知書同封チラシ…A4サイズ（別紙参照）【データ】
- P. 通知書、勸奨用封筒（ふたつ窓）…資料5参照
- R. 返信用封筒（窓なし）…区役所別（資料7参照）
- S. 医療証用封筒（ふたつ窓）…資料8参照

※一斉更新時はMについてデータを引き渡しますので、印刷をお願いします。

イ 作業

(ア) 医療証（1シート2明細）

Aを印刷・印字・裁断、チラシHを印刷三つ折りし、封筒SにA・チラシHを封入封緘する。

(イ) 受給資格喪失証明書

Bを印刷・印字・裁断三つ折り、チラシKを印刷三つ折りし、封筒PにB・チラシKを封入封緘する。

(3) 4～3月処理（1歳児のみ）

ア 使用する帳票等

- A. 医療証…別紙、資料1参照【データ】
- B. 受給資格喪失通知書…別紙、資料2参照【データ】
- C. 課税証明書送付願…別紙、資料3参照【データ】
- I. 医療証同封チラシ（4～3月用）…A4サイズ（別紙参照）【データ】
- K. 受給資格喪失通知書同封チラシ…A4サイズ【紙媒体】
- M. 課税証明書送付願同封チラシ…A4サイズ【紙媒体】
- P. 通知書、勸奨用封筒（ふたつ窓）…資料5参照
- R. 返信用封筒（窓なし）…区役所別（資料7参照）
- S. 医療証用封筒（ふたつ窓）…資料8参照

イ 作業

(ア) 医療証（1シート2明細）

Aを印刷・印字・裁断、チラシIを印刷三つ折りし、封筒SにA・チラシIを封入封緘する。

(イ) 受給資格喪失証明書

Bを印刷・印字・裁断三つ折りし、封筒PにB・チラシK（三つ折りにする。）を封入封緘する。

(ウ) 課税証明書送付願

Cを印刷・印字・裁断三つ折りし、封筒PにC・チラシL（三つ折りにする。）封筒Rを封入する。この帳票のみ封緘はしない。

(4) 一部負担金切替（3月）（小学3年生）

一部負担金切替については、3月の第4営業日引き渡し、3月13日各区役所保険年金課へ納品となります。

ア 使用する帳票等

A. 医療証…別紙、資料1参照【データ】

J. 医療証同封チラシ（一部負担金切替用）…A4サイズ（別紙参照）【データ】

S. 医療証用封筒（ふたつ窓）…資料8参照

イ 作業

(ア) 医療証（1シート2明細）

Aを印刷・印字・裁断、チラシJを印刷三つ折りし、封筒SにA・チラシJを封入封緘する。

2 勸奨（5，7，11，2月）

(1) 未届者勸奨（0歳児）

ア 使用する帳票等

D. 勸奨用申請書（未届者用）…別紙、資料5参照【5月のみ紙媒体、7月以降データ】

※上記の申請書に関しては4月下旬に1,000部医療援助課に納品してください。

M. 勸奨用チラシ（未届者用）…A4サイズ【紙媒体】

P. 通知書、勸奨用封筒（ふたつ窓）…（資料5参照）

R. 返信用封筒（窓なし）…区役所別（資料7参照）

イ 作業

Dを印刷・印字・裁断三つ折りし、封筒PにD・チラシM（三つ折りにする。）封筒Rを封入封緘する。（5月は印字なし）

(2) 市外転入者

ア 使用する帳票等

E. 勸奨用宛名シール（市外転入者用）

N. 勸奨用チラシ（市外転入者用）

Q. 市外転入勸奨用封筒（窓なし）…資料6参照

イ 作業

Nを封筒Qに封入封緘し、封筒Qの表にEを添付する。

※区によっては封緘しない場合がございます。その際は引き渡し時にお伝えいたします。

(3) 再該当（2歳児～小学6年生）※7月のみ

ア 使用する帳票等

F. 勸奨用申請書（再該当者用）…別紙、資料4参照【データ】

O. 勸奨用チラシ（再該当者用）…A4サイズ【データ】

P. 通知書、勸奨用封筒（ふたつ窓）…（資料5参照）

R. 返信用封筒（窓なし）…区役所別（資料7参照）

イ 作業

Fを印刷・印字・裁断三つ折りし、封筒PにF・チラシO（三つ折りにする。）封筒Rを封入封緘する。

3 証終了通知

3月16日に健康福祉局医療援助課へ納品となります。

(1) 使用する帳票等

G. 証終了通知書…はがきサイズ（資料9参照）【紙媒体・データ（宛名）】

(2) 作業

Gを印刷・印字し、郵便番号の上3桁毎に区分したうえ、帯封で100枚1束にする。

※当作業について、制度改正等の事由により発生しなくなる場合があります。

別紙

印刷帳票・チラシ類仕様書

医療証

紙質	資料1のとおり
サイズ	資料1のとおり
インク色	地色は白、文字色は黒、その他1色（資料1のとおり）
内容	資料1参照
備考	1シート2明細、連続帳票、両面印刷、公印刷込

受給資格喪失通知書

紙質	資料2のとおり
サイズ	縦 279mm、横 212mm+12.5mm（耳）+12.5mm（耳）
刷色	地色は白、文字色は黒、公印刷り込みは赤
内容	資料2参照
備考	連続帳票、片面印刷、公印刷込

課税証明書送付のお願い

紙質	資料3のとおり
サイズ	縦 279mm、横 212mm+12.5mm（耳）+12.5mm（耳）
刷色	地色は白、文字色は黒
内容	資料3参照
備考	連続帳票、片面印刷

勸奨用申請書（裁断、封入封緘のみ）


紙質	資料4のとおり
サイズ	縦 11.5 インチ、横 210mm+0.5 インチ（耳）+0.5 インチ（耳）
刷色	地色は白、文字色は水色、その他1色（資料4のとおり）
内容	資料4参照
備考	連続帳票

チラシ類 (1)


紙質	上質紙
サイズ	A4サイズ
刷色	医療証同封チラシ：地色は色紙、文字色は黒 受給資格喪失通知書同封チラシ（一斉更新）：地色は色紙、文字色は黒 課税証明書送付願い同封チラシ（一斉更新）：地色は色紙、文字色は黒
内容	別途お知らせします

※仕様、内容等については、年度途中で変更になる場合があります。

資料 1

横浜市 乳 医療証									
公費負担者番号									
受給者番号									
対象 小児	住所								
	氏名								
	生年月日	年	月	日	性別				
有効期間		年	月	日	から	年	月	日	まで
自己負担上限額 (一部負担金)									
発行者	横浜市長								
発行区課									
交付年月日	年	月	日						

↑ ミシン目に沿って切り離してご使用ください ↓

横浜市 乳 医療証									
公費負担者番号									
受給者番号									
対象 小児	住所								
	氏名								
	生年月日	年	月	日	性別				
有効期間		年	月	日	から	年	月	日	まで
自己負担上限額 (一部負担金)									
発行者	横浜市長								
発行区課									
交付年月日	年	月	日						

↑ ミシン目に沿って切り離してご使用ください ↓

注 意 事 項

- 1 この証は、保険の自己負担分（自己負担上限額の記載がある場合は、その金額を超える額）を支払わないで受診できる証ですから、大切にしてください。
- 2 この証は、神奈川県内のこの制度による診療を取り扱う医療機関等で受診するときにお使いください。神奈川県外や県内のこの制度による診療を取り扱わない医療機関等では使うことができません。
- 3 この制度による診療をお受けになるときは、必ずこの証と被保険者証と一緒に、医療機関等の窓口へ提出してください。
- 4 神奈川県外や県内のこの制度による診療を取り扱わない医療機関等で受診したときは、保険医療総点数記載の領収書を添付して、区役所に医療費の助成の申請をしてください。
- 5 受給者の資格がなくなったときや、有効期間を超過したときは、この証を区役所へお返しください。
- 6 氏名、住所、加入医療保険などに変更があったときは、区役所にこの証を添付して届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり、又はなくしたりしたときは、区役所で再交付を受けてください。
- 8 偽りその他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。
- 9 公費負担医療である養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病治療研究事業等の医療券や受給者証をお持ちの場合、この証と併せてご利用ください。

注 意 事 項

- 1 この証は、保険の自己負担分（自己負担上限額の記載がある場合は、その金額を超える額）を支払わないで受診できる証ですから、大切にしてください。
- 2 この証は、神奈川県内のこの制度による診療を取り扱う医療機関等で受診するときにお使いください。神奈川県外や県内のこの制度による診療を取り扱わない医療機関等では使うことができません。
- 3 この制度による診療をお受けになるときは、必ずこの証と被保険者証と一緒に、医療機関等の窓口へ提出してください。
- 4 神奈川県外や県内のこの制度による診療を取り扱わない医療機関等で受診したときは、保険医療総点数記載の領収書を添付して、区役所に医療費の助成の申請をしてください。
- 5 受給者の資格がなくなったときや、有効期間を超過したときは、この証を区役所へお返しください。
- 6 氏名、住所、加入医療保険などに変更があったときは、区役所にこの証を添付して届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり、又はなくしたりしたときは、区役所で再交付を受けてください。
- 8 偽りその他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。
- 9 公費負担医療である養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病治療研究事業等の医療券や受給者証をお持ちの場合、この証と併せてご利用ください。

資料 2

様

お問い合わせ先

小児医療費受給資格喪失通知書



次のとおり医療費の受給資格を喪失しましたので通知します。

対象小児の氏名	
受給者番号	
喪失した年月日	
喪失した理由	

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、横浜市長に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、横浜市を被告として(訴訟において横浜市を代表する者は横浜市長となります。)処分の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 審査請求をした場合には、その審査請求に対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、横浜市を被告としてこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

資料3

様

お問い合わせ先

様

課税証明書(所得証明書)送付のお願い

現在、あなたの世帯の 様が 歳の時使っていただく「小児医療証」を交付しておりますが、小児医療証は 保護者の方の所得金額により、交付の可否を判定しております。

このたび、 様が 歳になることにともない、当係で所得の調査を行いましたが、保護者の方の所得を確認することができませんでした。

つきましては、 中の保護者の方の課税証明書（全件用）を、 現在の住所地の市区町村から取り寄せていただき、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願いいたします。

ご返送いただいた課税証明書（全件用）は当係で審査を行い、所得が限度額基準未満であれば、 から 様が使っていただく「小児医療証」を送付いたします。

ただし、審査の結果、保護者の所得が限度額の基準を超えていた場合につきましては、小児医療証の交付はできないため、「小児医療受給資格喪失通知書」をお送りします。

あらかじめご了承ください。

資料4

こちらにお子様の健康保険証のレシートが貼られています。クリップで止めてください。

APS SEPARATOR DATE 16-12-16 TIME 19:42:48

小児医療証交付申請書(兼同意書)

```

RRRRRRR      MM      MM      LL      9999999      000000      SSSSSS
RR      RR      MMM      MMM      LL      99      99      00      00      SS      SS
RR      RR      MMMMMMMM      LL      99      99      00      00      SS
RRRRRRR      MM      MM      MM      LL      9999999      00      00      SSSSSS
RR      RR      MM      MM      LL      99      99      00      00      SS
RR      RR      MM      MM      LL      99      99      00      00      SS
RR      RRR      MM      MM      LLLLLLLL      999999      000000      SSSSSS
  
```

お問い合わせ先

D NPRMSP3 (WPSV2P03) RML90S (JOB01957) JOB START

新受給者番号							
--------	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日

申請者(保護者)は、お子様の生計を主に維持している方(ご両親ともに所得がある場合は所得が高い方)です。

申請者(保護者)氏名	配偶者(同意者)氏名
印	印

次のとおり申請します。

また、所得基準判断のため、保護者及び配偶者の市民税の課税内容及び児童手当の申請内容を調査することに同意します。

対象小児	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	男・女
			続柄	子・その他()
	住所(〒)	電話	()	
対象小児の加入保険情報	保険者名称	健康保険資格取得年月日		
		平成 年 月 日		
	保険者番号	被保険者本人氏名及び生年月日		
		(年 月 日生)		

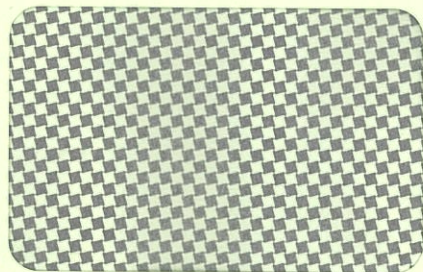
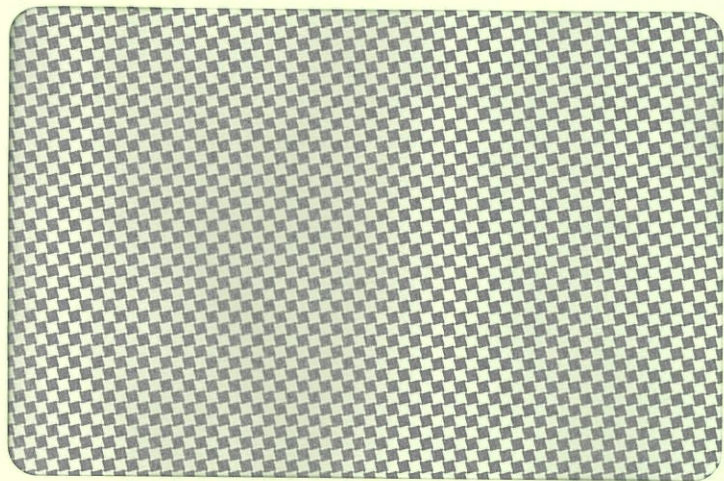
申請に必要なもの

- ◎お子様の健康保険証のコピー
- ◎所得証明書(平成27年1月1日から継続して横浜市に市民登録がある場合は不要です。)※コピー可
- ◎押印(シャチハタ不可)を忘れずにお願いします。

備考欄		個人番号(申請者)			
		個人番号(配偶者)			
※処	取得事由	制度該当	資格取得日	平成 年 月 日	区受付
	入力年月日	平成 年 月 日	証交付年月日	平成 年 月 日	
理欄	課長	係長	係員	上記のとおり処理します。	不交付
				起案 年 月 日	
				決裁 年 月 日	
				住基	保険
					確認

※処理欄には記入しないでください。

資料5



窓部分も紙素材を使用していますので、はがさず「その他の紙」としてリサイクルできます。

資料6



2 3 0 0 0 5 1

切手を
はって
お出し
ください

横浜市鶴見区鶴見中央三丁目20番1号

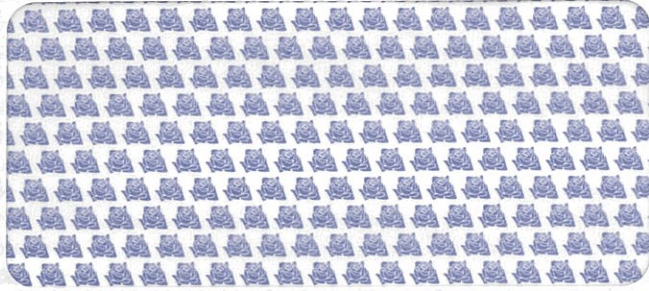
鶴見区役所 保険年金課

保険係 小児医療担当 行

返信用

料金後納
郵便

郵便区内特別



転送不要

更新用医療証 在中



料金後納
郵便

〒231-0017 横浜市中区港町1丁目1番地

横浜市健康福祉局

生活福祉部医療援助課

電話 045(671)4116

FAX 045(664)0403

◇受給資格喪失のお知らせ

横浜市^①医療証を交付し、通院・入院の医療費を助成する制度は、小学3年生までのお子様を対象としています。そのため、現在お持ちの医療証の有効期限をもって、医療証の発行が終了します。小学4年生から中学校卒業までの小児医療費助成の制度については、以下をごらんください。

◇入院費の助成について(小学4年生～中学校卒業)

医療機関の窓口でお支払いただいた入院費の一部負担金を助成します。(医療証の交付はありません。)

支払い後、お住まいの区の区役所保険年金課保険係に申請していただくことにより、払い戻しが受けられます(ただし、所得制限があります)。なるべく、診療を受けてから1年以内に申請をしてください。また、受診から5年で時効が完成し申請ができなくなりますのでご注意ください。

<入院費の助成手続に必要なもの>

- ・ お子様の健康保険証
- ・ 印鑑(朱肉を使うもの)
- ・ 振込先金融機関の預金通帳等
- ・ 医療機関支払時の領収書(患者氏名、保険診療の総点数、診療期間、領収金額等の記載のあるもの。単なるレシートは不可)
- ・ 高額療養費、付加給付金の支払通知(支給のある場合)

※保護者の方の所得を証明する書類が必要な場合があります。

ご不明な点がございましたら、お住まいの区の区役所保険年金課保険係、または、横浜市健康福祉局医療援助課までお問合せください。