

# 鹿沼市「妊産婦医療費助成制度」のご案内

鹿沼市に在住の(住民票がある)妊産婦を対象に、病気やケガなどでお医者さんにかかったときの 保険診療分の医療費を市が助成する制度です。

※健康保険が適用とならないもの(定期健診や歯科健診、出産費用、入院時の差額ベッド代など)や入院時食事療養費本人負担分は助成の対象外です。

※同じ診療で不妊治療費等の助成対象にもなる場合、妊産婦医療費助成を優先的にご利用ください。なお、不妊治療費等への助成制度については、健康課 母子健康係【TEL 0289-63-2819】へお問い合わせください。

## 1 助成対象期間

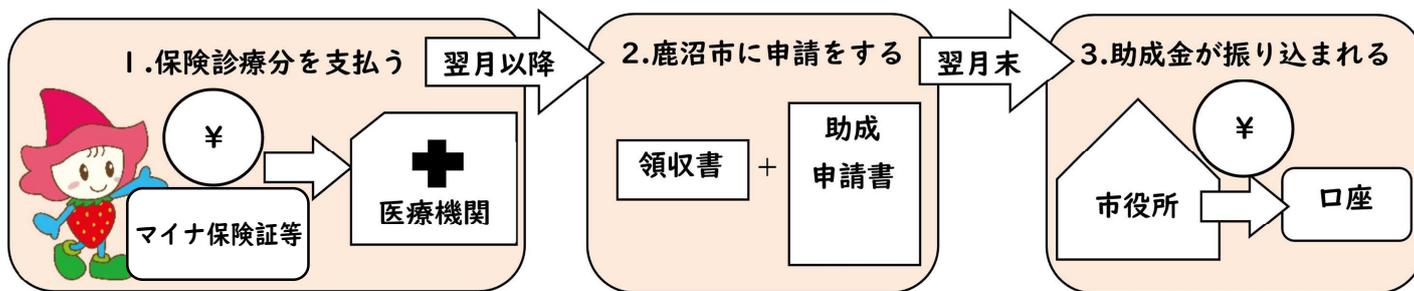
母子手帳の交付を受けた月の初日(または妊娠に起因する産科的疾病のために医療機関を受診した日)から  
出産(流産)した翌月の末日まで

「妊娠に起因する産科的疾病のために医療機関を受診した日から」とは…

- ◇ 母子手帳の交付を受けた月より前に、妊娠に起因する産科的疾病のために産科・婦人科・産婦人科の診療(流産を含む)を受けた場合、その日以降の全ての保険診療が助成対象となります。
- ◇ 上記を証明するためには、その初日に当たる日の受診分の領収書または助成申請書備考欄に「妊娠に起因する診療である」旨の一文の記載と、証明の印を医療機関からもらう必要があります。
- ◇ この取り扱いはR8.4.1以降に受診した分が対象となります。R8.3.31までに受診した分は、上記一文と押印のある産科・婦人科・産婦人科の診療に限り助成対象です。

※転入者は転入日から、転出者は転出日の前日までが対象です。

## 2 医療機関の受診から助成までの流れ



※助成申請書は子育て支援課、各コミュニティセンターに用意してあります(市HPからダウンロードも可)

## 3 申請受付期間

診療の翌月から1年以内(例:4月診療分は、翌月5月から翌年4月まで)

## 4 申請受付窓口

市役所子育て支援課または各地区のコミュニティセンター

※郵送(郵送料は自己負担)の場合は、以下の住所宛に送付してください。



【お問い合わせ先】〒322-8601 鹿沼市今宮町1688-1

鹿沼市役所 こども未来部 子育て支援課 こども給付係 TEL:0289-63-2172

## 5 医療費助成申請時の注意点

- ・一度提出された領収書はお返しできません。
- ・領収書原本の返却を希望される方は、原本とコピーの両方をお持ちください。窓口で確認後、原本にスタンプを押してお返しさせていただきます。
- ・領収書に受診者名や保険診療の記載がない場合、助成申請書下段に医療機関からの保険点数の証明を受けてください。証明手数料がかかる場合もあります。(証明手数料は助成対象外です。)
- ・2か所以上の医療機関(病院、薬局など)の領収書を提出する場合は、助成申請書を2枚ご提出ください。
- ・領収書はのり付けせず、ホチキス等のはずせるもので添付してください。
- ・高額療養費や附加給付に該当した場合、別途健康保険組合が発行する「支給決定通知」が必要です。
- ・医療費助成を受けたものは、確定申告の際の医療費控除の対象にはなりません。

## 6 変更届

受給資格者の氏名、加入保険、口座名義などに変更があったときは、変更届を提出してください。

- ・提出場所 市役所子育て支援課、または各地区のコミュニティセンター
- ・必要なもの 加入している健康保険情報が確認できるもの(保険変更の場合のみ)  
例) マイナ保険証、健康保険資格確認書等



保険変更のみ  
オンラインでも  
手続きできます

## 7 医療費が高額にかかった場合

医療費が高額にかかった場合、健康保険組合から医療費の給付(高額療養費・附加給付)が行われる場合があります。鹿沼市からの助成額は、下図のとおり「高額療養費・附加給付」を除いた金額になるため、該当する場合は「高額療養費・附加給付の支給決定通知」と領収書、助成申請書を一緒に提出してください。支給決定通知についてはご加入の健康保険組合にお問い合わせください。

保険分窓口支払額

— 高額療養費・付加給付

=

鹿沼市からの医療費助成額

## 8 助成申請書の記入例

申請者記入欄 ※この様式に、本人(個人)が署名をした場合には、押印の必要はありません。

鹿沼市長宛		○年 ○月 ○日	
申請者(受給資格者)		住所 鹿沼市○○町○-○-○	
氏名 鹿沼 さつき		印	
電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
受給者番号 (受給資格証番号)	〇〇〇〇〇	被保険者氏名	鹿沼 太郎
受診者	氏名	加入保険	記号番号
	生年月日	〇年 〇月 〇日	〇〇〇 〇〇〇〇
① 分娩予定日	2. 出生日	3. その他( )	〇年 〇月 〇日
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無			有・ <b>無</b>

2枚目は点線枠内の記入のみで構いません。

この助成申請書で申請したもの以外で、診療を受けた同じ月に、同じ健康保険を使って、2万1千円以上の医療費(保険診療分)を支払った方(本人や家族)がいた場合は「有」を、いない場合は「無」を丸で囲んでください。