



子ども医療費支給制度 のご案内

制度を利用するためには手続きが必要です。

子ども医療費支給制度は、子育て家庭の経済的な負担を軽減し、安心して子育てができるようにするため、保護者が支払う医療費（健康保険の自己負担額）の一部を京都市が支給する制度です。（所得制限はありません。）

なお、申請には、お子さんの保険資格情報が確認できる書類が必要です。

<お問い合わせ・申請先>

〒604-8571

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地
北庁舎6階

京都市子ども家庭支援課分室

TEL 075-222-3777

FAX 075-251-1132（FAXによる申請はできません。）

便利です!!

※申請は「京都市子ども家庭支援課分室」への郵送をご利用ください!

（区役所・支所の子どもはぐくみ室、京北出張所、神川出張所でも、窓口での受付及び一般的な制度内容についてのお問い合わせのみ対応します。）

京都市 子ども医療

検索



子ども医療費支給制度について

制度の概要

- 制度の対象となる方 京都市にお住まいで、健康保険に加入している0歳から中学校3年生までのお子さん
- 支給の内容 保護者が支払う医療費（健康保険の自己負担額）の一部

- ・保護者等の所得制限はありません。
- ・生活保護、ひとり親家庭等医療、重度心身障害者医療を受けている場合は、対象となりません。
- ・自立支援医療やスポーツ災害共済給付など、国、地方公共団体若しくは独立行政法人の負担による医療費の支給を受けることができる場合、その範囲は支給対象となりません。
- ・令和5年9月診療分から、3歳以上小学校6年生までの通院医療費が1か月1医療機関につき200円になりました。

一部負担金について

医療機関等の窓口で、以下の一部負担金の支払いが必要です。

- 入院 … 1か月1医療機関につき200円
- 通院 0歳～小学校6年生 … 1か月1医療機関につき200円（※1）
中学校1年生～中学校3年生 … 1か月1,500円（※2）

※1 調剤薬局では一部負担金はかかりません

※2 医療機関等での窓口負担は1か月1医療機関1,500円までとなりますが、複数医療機関等（調剤薬局含む）を受診するなど1か月の自己負担額合計が1,500円を超えた場合、超えた額を申請により支給します。調剤薬局では処方箋が出た医療機関ごとに一部負担金がかかります。

健康保険の自己負担額が子ども医療の支給対象となりますので、保険診療の対象とならない次のようなものは、支給対象となりませんので、ご注意ください。

- ・予防注射、健康診断の費用、文書料、乳幼児健診、歯列矯正等
- ・入院時の食費負担額、差額ベッド代、個室料、オムツ代、薬の容器代
- ・選定療養費（200床以上の病院での初診時の特別料金 など）

1. 紙の保険証
(令和6年12月1日までに発行されたもの)
2. 資格確認書
3. 資格情報のお知らせ
4. マイナポータルの画面の写し

受給者証の交付を受けるためには

手続には、お子さんの名前が記載された「**保険資格情報が確認できる書類**」が必要です。

（「保険資格情報が確認できる書類」については、加入する健康保険によっては必要事項が一部不足する場合がございます。詳しくは、京都市のホームページに記載していますのでご確認ください。）

以下の書類を申請先まで郵送することで手続は完了します。

- ・必要事項が記入された子ども医療費受給者証交付申請書（ホームページからダウンロードできます。）
- ・対象となるお子さんの名前が記載されている**保険資格情報が確認できる書類のコピー**
（区役所・支所等の窓口での手続の際は、保険資格情報が確認できる書類は必ず原本をご持参ください。）

受給者証の交付

認定された方には、「子ども医療費受給者証」（白色）を後日郵送します。

また、中学生のお子さんには、併せて「京都市子ども医療費受給者証」（さくら色）を郵送します。小学生以下のお子さんには、中学校入学前（小学校6年生の3月）に4月から使用できる「京都市子ども医療費受給者証」（さくら色）を郵送します。

受給者証の使い方

お子さんが京都府内で医療機関等にかかる場合、受給者証を保険資格情報が確認できる書類と一緒に、医療機関等の窓口で提示してください。提示する受給者証は以下のとおりです。

	0歳～小学生	中学生
入院 訪問看護	「子ども医療費受給者証」 (白色)	
通院 (医科、歯科、薬局)	「子ども医療費受給者証」 (白色)	「京都市子ども医療費受給者証」 (さくら色)

※ 誤った受給者証を提示した場合は、健康保険の自己負担額全額をお支払いいただく必要がありますので、ご注意ください。

※ 小学生のむし歯治療については、原則として学童う歯対策事業が優先されますが、学童う歯対策事業により歯科医院等を受診する場合も、「子ども医療費受給者証」(白色)を提示してください。

医療費の払戻しを受けるには

※申請期限は、診療日の翌日（中学生外来は診療月の翌月）から5年以内となります。

次のようなときは、医療費の払戻しを受けられますので、同月の診療分をまとめて申請してください。後日、預貯金口座へ振り込みます。加入している健康保険から高額療養費や付加金等の支給を受けることができる場合は、先にその支給を受けてください。健康保険の高額療養費等の確認をするため、払戻しまでに時間を要することがあります。ご了承ください。

- ・ 府外受診等、子ども医療費支給制度の取扱いをしていない医療機関等を受診したとき
- ・ 受給者証を医療機関等の窓口で提示できず、医療費を支払ったとき
- ・ 健康保険から療養費の支給を受けたとき
- ・ 治療用装具を購入したとき
- ・ 中学生のお子さんが通院で受診し、複数医療機関等（調剤薬局含む）を受診するなど1か月の自己負担額の合計が1,500円を超えたとき（※）。令和5年8月診療分までは3歳以上小学生までのお子さんも対象です。

<払戻しの手続に必要なもの>※郵送手続をご利用ください！

- ① 医療費支給申請書（ホームページからダウンロードできます。）
- ② 子ども医療費受給者証（白色）のコピー
- ③ 振込口座番号・口座名義人名の分かるもの（キャッシュカード・預貯金通帳等）のコピー
- ④ 医療費を支払ったことを証明する書類
(患者名、受診日、医療機関名、保険診療点数、支払金額の明記されている領収書（原本）等)
- ⑤ 受給者以外の方の口座に振り込む場合は、委任状及び受任者の振込口座の分かるもの
- ⑥ 保険者が発行した療養費、高額療養費、付加金等の支給を受けたことが分かる書類（支給を受けた場合のみ）
- ⑦ (治療用装具の申請をされる方) 治療用装具製作指示装着証明書または、医師の意見書（同意書）及び治療用装具装着証明書
- ⑧ (柔道整復、鍼灸あんまマッサージの場合) 療養費支給申請書のコピー

※ 上記の②、③は 区役所・支所等の窓口で申請される場合は、「原本」が必要です。

※ 健康保険の対象外となる治療や医療機関等窓口での10円未満の四捨五入、社会保険各法の規定による高額療養費の支給等により、支給額がお支払いされた金額よりも少なくなることがあります。

子ども医療を受けられなくなるとき

次の場合には子ども医療の受給資格がなくなり、受給者証が使えなくなりますので、受給者証は速やかに京都市子ども家庭支援課分室にお返してください。（窓口での持参もしくは郵送でも受付可能です。）

- ・有効期間（15歳到達後最初の3月31日）を過ぎたとき
- ・京都市外へ転出するとき
- ・健康保険の資格がなくなったとき（転職等、健康保険の変更により無資格期間が生じた場合を含む）
- ・生活保護、重度心身障害者医療、ひとり親家庭等医療など、他の制度により医療費の支給を受けることができるようになったとき
- ・死亡したとき

こんな場合は手続きが必要です

提出を必要とするとき	提出書類
受給者またはお子さんが住所を変更したとき	受給者異動届
受給者またはお子さんの氏名に変更があったとき	
加入している健康保険に変更（保険者の変更、記号・番号の変更など）があったとき	
生活保護、ひとり親家庭等医療、重度心身障害者医療など、他の制度により医療費の支給を受けることになったとき	
受給者である保護者の変更があったとき	
子ども医療受給中のお子さん、保護者が亡くなったとき	受給者証再交付申請書
受給者証をなくしたり汚したりしたとき	
交通事故等の第三者加害により子ども医療を利用したとき	第三者加害届

手続きは京都市子ども家庭支援課分室への「郵送手続き」をご利用ください！

申請書等は、京都市子ども家庭支援課分室へ郵送してください。

郵送による申請の場合、消印の日が受付日となります。また、添付書類として、子ども医療費受給者証、保険資格情報が確認できる書類のコピー、通帳またはキャッシュカードを送る場合、原本ではなく、コピーを同封してください。

申請書などの各種様式は、京都市のホームページからダウンロードできますのでご利用ください。

（一部、ダウンロードできないものもあります。）

なお、申請書等は、京都市内いずれの区役所・支所の子どもはぐくみ室、京北出張所、神川出張所への持参も可能です。（区役所・支所等への郵送は不可。区役所・支所等の窓口で申請書等を提出された場合でも、後日、京都市子ども家庭支援課分室から、申請内容の確認や書類提出のお願いの連絡をすることがあります。）区役所・支所等の窓口での手続きの際は、子ども医療費受給者証、保険資格情報が確認できる書類は必ず原本をご持参ください。

<送付先>

〒604-8571

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地
北庁舎6階

京都市子ども家庭支援課分室

子ども医療費受給者証交付申請書 記入例

要綱第1号様式（規則第2条関係）

子ども医療費 京都市子ども医療費 受給者証交付申請書

(宛先) 京 都 市 長	令和 ○年 ○月 ○日
申請者の住所 京都市 ○○区 ○○○○町123-4 ○○マンション123号 (電話) 123 - ○○○○ (携帯) 090 - 1234 - ○○○○	申請者の氏名 京都 みやこ 子どもとの続柄 (母)

京都市子ども医療費支給条例第4条第1項の規定により受給者証の交付を申請します。

保護者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	フリガナ	キョウト タロウ	電話	-
	氏名	京都 太郎	生年月日	平成 ○年 ○月 ○日
	子どもとの続柄	①: 父 02: 母 03: 祖父 04: 祖母 05: おじ 06: おば 07: その他 ()		

子ども	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	フリガナ	キョウト ハナコ	電話	-
	氏名	京都 花子	生年月日	令和 ○年 ○月 ○○日

子どもの加入医療保険	被保険者の住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	被保険者の氏名	子どもとの続柄 ()	子どもの資格取得年月日	年 月 日
	証記号・番号	保険者番号		
	証発行機関の名称	電話	-	
	<input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり			

付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) ※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 注1 該当する□には、レ印を記入してください。
 2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。
 3 お子さんの保険資格情報が確認できる書類（または組合員証、加入者証）のコピーを添付するか裏面に貼ってください。

※下欄は記入しないでください。

確認欄	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 他制度該当(生保・障害・ひとり親・その他) <input type="checkbox"/> 受給者台帳
審査欄	<p>【提出必須です!】</p> <p>お子さんの保険資格情報が確認できる書類はコピーを添付するか、申請書裏面に貼ってください。以下の①～⑥の情報がわかるものを提出してください。</p> <p>① 被保険者名(または加入者名、組合員名、世帯主名) ④ 保険の資格取得日(または認定日) ② お子さんの氏名 ⑤ 保険者名 ③ お子さんの生年月日 ⑥ 保険の記号・番号</p>
	<input type="checkbox"/> 却下 年 月 日 理由 13: 医療保険未加入 14: 生活保護受給 15: 障害者医療受給 19: その他 ()

申請書記入要領

- ① 申請書を書いた日を記入します。
- ② 申請者（お父さんまたはお母さん等）の住所、電話番号、氏名、子どもとの続柄を記入します。
- ③ 保護者について記入します。
- ④ お子さんについて記入します。
- ⑤ お子さんが加入している医療保険について記入します。
※加入している医療保険の被保険者が保護者（お父さんまたはお母さん）でない場合、被保険者欄を記入します。

【提出必須！】

保険資格情報が確認できる書類のコピーをとるとき・貼るとき
の注意

以下の①～⑥の情報がわかるものを提出してください。

- ① 被保険者名（または加入者名、組合員名、世帯主名）
- ② お子さんの氏名
- ③ お子さんの生年月日
- ④ 保険の資格取得日（または認定日）
- ⑤ 保険者名
- ⑥ 保険の記号・番号

確認欄以下は記入しないでください。

郵送申請される方へ

- ・郵送による申請は、京都市子ども家庭支援課分室でのみお受けいたします。
（窓口での申請は、京都市子ども家庭支援課分室のほか、いずれの区役所・支所の子どもはぐくみ室、京北出張所、神川出張所でも可能です。）
- ・子ども医療費受給者証、保険資格情報が確認できる書類の原本は、絶対に送付しないでください。
- ・郵送による申請において、不着等の郵便事故については、京都市は一切の責任を負いませんので、ご了承ください。

以下は、郵送申請の際、切り取って封筒に貼り、宛名としてお使いください。

〒604-8571

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地
北庁舎6階

京都市子ども家庭支援課分室 行