

令和4年度 一般会計歳出 第7款1項5目 12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 野口 TEL 671-4115
------------------	---

設 計 書

1 委託件名 小児医療費助成事業に伴う封入封緘等業務委託

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) 令和4年4月1日から令和5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(月次分) 印刷	4月から3月まで	( 80,000 )	件		
医療証(月次分) 印字	4月から3月まで	( 80,000 )	件		
医療証(月次分) 裁断・封入封緘	4月から3月まで	( 80,000 )	件		
医療証(一斉更新分) 印刷	7月	( 275,000 )	件		
医療証(一斉更新分) 印字	7月	( 275,000 )	件		
医療証(一斉更新分) 裁断・封入封緘	7月	( 275,000 )	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(月次分) 印刷	4月から3月まで	( 6,000 )	件		
受給資格喪失通知書(月次分) 印字	4月から3月まで	( 6,000 )	件		
受給資格喪失通知書(月次分) 裁断・封入封緘	4月から3月まで	( 6,000 )	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 印刷	7月	( 16,000 )	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 印字	7月	( 16,000 )	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 裁断・封入封緘	7月	( 16,000 )	件		
課税証明書送付願い(月次分) 印刷	4月から3月まで	( 700 )	件		
課税証明書送付願い(月次分) 印字	4月から3月まで	( 700 )	件		
課税証明書送付願い(月次分) 裁断・封入	4月から3月まで	( 700 )	件		
課税証明書送付願い(一斉更新分) 印刷	6月	( 13,000 )	件		
課税証明書送付願い(一斉更新分) 印字	6月	( 13,000 )	件		
課税証明書送付願い(一斉更新分) 裁断・封入封緘	6月	( 13,000 )	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 予定期	数量 (概算数量)	単位	単価	金額 (概算金額)
勧奨処理(乳児未届者) 印刷	5月、7月、11月、2月	(3,500)	件		
勧奨処理(乳児未届者) 印字	5月、7月、11月、2月	(3,500)	件		
勧奨処理(乳児未届者) 封入封緘	5月、7月、11月、2月	(3,500)	件		
勧奨処理(市外転入) 封入封緘	5月、7月、11月、2月	(4,500)	件		
勧奨処理(市外転入) 宛名シール貼付	5月、7月、11月、2月	(4,500)	件		
勧奨処理(再該当) 印刷	7月	(13,000)	件		
勧奨処理(再該当) 印字	7月	(13,000)	件		
勧奨処理(再該当) 封入封緘	7月	(13,000)	件		
証終了通知書印刷	3月	(16,000)	件		
証終了通知書宛名印字	3月	(16,000)	件		
医療証同封チラシ印刷1	4月から3月まで	(80,000)	件		
医療証同封チラシ印刷2	4月から3月まで	(80,000)	件		
医療証同封チラシ(一斉更新用)印刷	7月	(275,000)	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	4月から3月まで	(6,000)	件		
受給資格喪失通知書のチラシ (一斉更新用)印刷	6月	(16,000)	件		
課税証明書送付願いのチラシ	4月から3月まで	(700)	件		
課税証明書送付願いのチラシ (一斉更新用)印刷	6月	(13,000)	件		
勧奨用チラシ (未届者用)印刷	5月、7月、11月、2月	(3,500)	件		
勧奨用チラシ (市外転入用)印刷	5月、7月、11月、2月	(4,500)	件		
勧奨用チラシ (再該当者用)印刷	6月	(13,000)	件		
医療証(窓口用)	4月、7月、10月、1月	(69,000)	枚		
医療証交付申請・異動届出書	4月、7月、10月、1月	(52,000)	枚		
小児医療費支給申請書	4月、7月、10月、1月	(530)	冊		
小児医療証のしおり	4月、7月、10月、1月	(41,500)	冊		
小児医療費助成事業のごあんない	4月、7月、10月、1月	(35,000)	枚		

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)

内訳書

【処理1】

名 称	形状寸法等	数量 (概算数量)	単位	単価	金額
医療証(月次分) 印刷		( 80,000 )	件		
医療証(月次分) 印字		( 80,000 )	件		
医療証(月次分) 裁断・封入封緘		( 80,000 )	件		
医療証(一斉更新分) 印刷		( 275,000 )	件		
医療証(一斉更新分) 印字		( 275,000 )	件		
医療証(一斉更新分) 裁断・封入封緘		( 275,000 )	件		
医療証(一部負担金切り替え) 印刷		( 19,000 )	件		
医療証(一部負担金切り替え) 印字		( 19,000 )	件		
医療証(一部負担金切り替え) 裁断・封入封緘		( 19,000 )	件		
受給資格喪失通知書(月次分) 印刷		( 6,000 )	件		
受給資格喪失通知書(月次分) 印字		( 6,000 )	件		
受給資格喪失通知書(月次分) 裁断・封入封緘		( 6,000 )	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 印刷		( 16,000 )	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 印字		( 16,000 )	件		
受給資格喪失通知書(一斉更新分) 裁断・封入封緘		( 16,000 )	件		
課税証明書送付願い(月次分) 印刷		( 700 )	件		
課税証明書送付願い(月次分) 印字		( 700 )	件		
課税証明書送付願い(月次分) 裁断・封入		( 700 )	件		
課税証明書送付願い(一斉更新分) 印刷		( 13,000 )	件		
課税証明書送付願い(一斉更新分) 印字		( 13,000 )	件		
課税証明書送付願い(一斉更新分) 裁断・封入封緘		( 13,000 )	件		

内訳書

【処理2】

名 称	形状寸法等	数量 (概算数量)	単位	単価	金額
勧奨処理(乳児未届者) 印刷		( 3,500 )	件		
勧奨処理(乳児未届者) 印字		( 3,500 )	件		
勧奨処理(乳児未届者) 封入封緘		( 3,500 )	件		
勧奨処理(市外転入) 封入封緘		( 4,500 )	件		
勧奨処理(市外転入) 宛名シール貼付		( 4,500 )	件		
勧奨処理(再該当) 印刷		( 13,000 )	件		
勧奨処理(再該当) 印字		( 13,000 )	件		
勧奨処理(再該当) 封入封緘		( 13,000 )	件		
証終了通知書印刷		( 16,000 )	件		
証終了通知書宛名印字		( 16,000 )	件		
医療証同封チラシ印刷1		( 80,000 )	件		
医療証同封チラシ印刷2		( 80,000 )	件		
医療証同封チラシ(一斉更新用)印 刷		( 275,000 )	件		
医療証(一部負担金切り替え)チラシ 印刷		( 19,000 )	件		
受給資格喪失通知書のチラシ		( 6,000 )	件		
受給資格喪失通知書のチラシ (一斉更新用)印刷		( 16,000 )	件		
課税証明書送付願いのチラシ		( 700 )	件		
課税証明書送付願いのチラシ (一斉更新用)印刷		( 13,000 )	件		
勧奨用チラシ (未届者用)印刷		( 3,500 )	件		
勧奨用チラシ (市外転入用)印刷		( 4,500 )	件		
勧奨用チラシ (再該当者用)印刷		( 13,000 )	件		
医療証(窓口用)		( 69,000 )	枚		
医療証交付申請・異動届出書		( 52,000 )	枚		
小児医療費支給申請書		( 530 )	冊		
小児医療証のしおり		( 41,500 )	冊		
小児医療費助成事業のごあんない		( 35,000 )	枚		

## 令和4年度「小児医療費助成事業に伴う封入封緘等業務委託」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、0歳、1歳及び2歳については毎月対象者の誕生日、3歳以上については毎年8月1日を基準に医療証の更新を行います。

また、1、2歳の一部対象者および小学4年生～中学3年生には一部負担金を設けており、令和4年度末に小学3年生は令和5年4月から一部負担金有の医療証へ切り替わります。

これらの更新や切替えに伴う、印刷・印字・裁断・封入封緘等の作業及び小児医療費助成で使用する帳票類の印刷・区配をお願いします。

### 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、7月）
- (3) 医療証印刷・印字・裁断・封入封緘業務（一部負担金切替、3月）
- (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、7月）
- (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、6月）
- (5) 同封チラシ等印刷業務

#### 3 効用印刷・印字・裁断

- (1) 未届者・市外転入・再該当効用

印刷・印字・裁断・封入封緘業務（5, 7, 11, 2月）※再該当は7月のみ

- (2) 同封チラシ等印刷業務

#### 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）

#### 5 帳票類の印刷及び区配（4月、7月、10月、1月）

- (1) 医療証（窓口用）
- (2) 医療証交付申請・異動届出書
- (3) 小児医療費支給申請書
- (4) 小児医療証のしおり

(5) 小児医療費助成のごあんない

**印刷帳票等**（1～8、11～15は4月から印刷）

- 1 医療証（印刷数：374,000件／年）
- 2 受給資格喪失通知書（印刷数：22,000件／年）
- 3 課税証明書送付願い（印刷数：13,700件／年）
- 4 医療証同封チラシ（印刷数：374,000件／年）
- 5 受給資格喪失通知書同封チラシ（印刷数：22,000件／年）
- 6 課税証明書送付願い同封チラシ（印刷数：13,700件／年）
- 7 勧奨用チラシ 乳児 未届者（印刷数：3,500件／年）
- 8 勧奨用チラシ 市外転入者用（印刷数：4,500件／年）
- 9 勧奨用チラシ 再該当者用（印刷数：13,000件／年）
- 10 証終了通知書（印字数：16,000件／年）
- 11 年4回配付の医療証（窓口用）（印刷数：69,000件／年）
- 12 医療証交付申請・異動届出書（印刷数：52,000件／年）
- 13 小児医療費支給申請書（印刷数：530件／年）
- 14 小児医療証のしおり（印刷数：41,500件／年）
- 15 小児医療費助成のごあんない（印刷数：35,000件／年）

※各帳票等への印字は、最新の外字データをお使いください。

外字データに更新があった際は、医療援助課からデータファイルをお渡します。

※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、チラシの原稿（データまたは紙）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) 各印刷物は印刷の都度、校正を受けてください。
- (4) 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。
- (5) 各区に配送する際は、ダンボール等で箱詰めにし、整理番号が上に向くように入れ、封緘してください。

(6) 事前に処理のスケジュールをお渡します。

(7) 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一とします。

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. 勘査用申請書（未届者用）
- E. 勘査用宛名シール（市外転入者用）
- F. 勘査用申請書（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（2枚）（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（一斉更新用）
- L. 受給資格喪失通知書同封チラシ（4～3月用）
- M. 課税証明書送付願い同封チラシ（一斉更新用）
- N. 課税証明書送付願い同封チラシ（4～3月用）
- O. 勘査用チラシ（未届者用）
- P. 勘査用チラシ（市外転入者用）
- Q. 勘査用チラシ（1枚）（再該当者用）
- R. 通知書、勘査用封筒（ふたつ窓）
- S. 市外転入勘査用封筒（窓なし）
- T. 返信用封筒（窓なし）
- U. 医療証用封筒（ふたつ窓）
  - a. 年4回配付の医療証（窓口用）
  - b. 医療証交付申請・異動届出書
  - c. 小児医療費支給申請書
  - d. 小児医療証のしおり
  - e. 小児医療費助成のごあんない

※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。印刷の都度、校正を受けてください。

※封筒 R, S, T, U 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。

※チラシ類について、様式の参考ページで複数の記号がついているチラシがございます

が、実際に作成いただく際はそれぞれ内容が異なります。

## 1 医療証更新

### (1) 一斉更新 課税証明書送付願い（6月）（3歳児～中学3年生）

※6月8日引き渡し、6月16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… 資料3参照【データ】
- M. 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】
- R. 通知書、勧奨用封筒（ふたつ窓）…資料5参照
- T. 返信用封筒（窓なし）…区役所別、資料7参照

※チラシ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

課税証明書送付願い

Cを印刷・印字・裁断・三つ折り、チラシMを印刷・三つ折りし、封筒RにC、チラシM、封筒Tを封入封緘する。

※一部の区で封緘しない場合があります。その際は引き渡し時にお伝えいたします。

### (2) 一斉更新 医療証（7月）（3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14日各区役所保険年金課へ納品となります。納品ルートを2日前までに連絡してください。当日の急なルート変更は認めません。

#### ア 使用する帳票等

- A. 医療証…資料1参照【データ】
- B. 受給資格喪失通知書…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】
- R. 通知書、勧奨用封筒（ふたつ窓）…資料5参照
- U. 医療証用封筒（ふたつ窓）…資料8参照

※チラシH,K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UにA、チラシHを封入封緘する。郵便番号の上3桁毎に区分したうえ、郵便番号別に箱詰めしてください。

(イ) 受給資格喪失証明書

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

(3) 4～3月処理（1、2歳児）

ア 使用する帳票等

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

※チラシI,L,N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（4～3月用）（1シート2明細）

Aを印刷・印字・裁断、チラシI（2枚）を印刷・三つ折りし、封筒U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、チラシLを印刷・三つ折りし、封筒RにB、チラシLを封入封緘する。

(ウ) 課税証明書送付願い

Cを印刷・印字・裁断・三つ折り、チラシNを印刷・三つ折りし、封筒RにC、チラシN、封筒T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14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…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】
- U. 医療証用封筒（ふたつ窓）…資料8参照

※チラシJ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Jを印刷・三つ折りし、封筒UにA、チラシJを封入封緘する。

**2 効奨（5, 7, 11, 2月）**

(1) 未届者効奨（0歳児）

ア 使用する帳票等

- D. 効奨用申請書（未届者用）…資料4参照【データ】
- O. 効奨用チラシ（未届者用）…A4サイズ 別紙参照【データ】
- R. 通知書、効奨用封筒（ふたつ窓）…資料5参照
- T. 返信用封筒（窓なし）…区役所別、資料7参照

※チラシO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) 問合せ先の上にこちらが指定する年月を入れる。

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

(2) 市外転入者

ア 使用する帳票等

- E. 効奨用宛名シール（市外転入者用）
- P. 効奨用チラシ（市外転入者用）…A4サイズ【データ】
- S. 市外転入効奨用封筒（窓なし）…資料6参照

※チラシP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

チラシP（三つ折りにする）を封筒Sに封入封緘し、封筒Sの表にEを添付する。

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

(3) 再該当（3歳児～中学3年生）※7月のみ

ア 使用する帳票等

- F. 効奨用申請書（再該当者用）…資料4参照【データ】
- Q. 効奨用チラシ（1枚）（再該当者用）…A4サイズ 別紙参照【データ】
- R. 通知書、効奨用封筒（ふたつ窓）…資料5参照
- T. 返信用封筒（窓なし）…区役所別、資料7参照

イ 作業

- (ア) 問合せ先の上にこちらが指定する年月を入れる。
- (イ) Fを印刷・印字・裁断・三つ折りし、封筒RにF、チラシQ（1枚）（三つ折りにする）、封筒Tを封入封緘する。

### 3 証終了通知

3月17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【データ（宛名）】

- (2) 作業

- Gを印刷・印字し、郵便番号の上5桁毎に区分したうえ、帶封で1000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。

### 4 帳票類の印刷及び区配（4月、7月、10月、1月）

帳票類を印刷のうえ、年4回4月、7月、10月、1月の20日頃、送付先一覧のとおり各区役所へ納品する。

- (1) 使用する帳票等

- a. 年4回配付の医療証
  - b. 医療証交付申請・異動届出書
  - c. 小児医療費支給申請書
  - d. 小児医療証のしおり
  - e. 小児医療費助成のごあんない

### 契約の条件

- 1 この契約は、令和4年度横浜市各会計予算が令和4年3月31日までに横浜市議会において可決された上、同年4月1日以降に契約書を交換することによって確定します。

## 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

#### 勧奨用申請書（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

年4回区配の医療証

紙質	資料 10 のとおり
サイズ	資料 10 のとおり
インク色	地色は白、文字色は黒、その他 1 色（資料 10 のとおり）
内容	資料 10 参照
備考	単票、両面印刷、公印刷込、100 枚 = 1 束、10 束 = 1 梱包

医療証交付申請・異動届出書

紙質	資料 11 のとおり
サイズ	資料 11 のとおり
インク色	地色は白、文字色は青（資料 11 のとおり）
内容	資料 11 参照
備考	500 枚 = 1 梱包

小児医療費支給申請書

紙質	資料 12 のとおり
サイズ	資料 12 のとおり
インク色	地色は白、文字色は緑（資料 12 のとおり）
内容	資料 12 参照
備考	2 枚複写式（減感あり）、50 組 = 1 冊（天のり）、5 冊 = 1 梱包

小児医療証のしおり

紙質	資料 13 のとおり
サイズ	ふちあり 展開 128×364mm → 蛇腹 4 つ折り 128×91mm
インク色	色上質（鶯色）厚口（資料 13 のとおり）
内容	資料 13 参照
備考	50 冊 = 1 束（帯封）、10 束 = 1 梱包

小児医療費助成のごあんない

紙質	資料 14 のとおり
サイズ	A4 2 つ折
インク色	地色は白、文字色は黒（資料 14 のとおり）
内容	資料 14 参照
備考	500 枚 = 1 梱包

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 白、文字色は黒 受給資格喪失通知書同封チラシ：地色は色紙 鶯色、文字色は黒 課税証明書送付願い同封チラシ：地色は色紙 水色、文字色は黒 勧奨用チラシ 乳児 未届者用：地色は色紙 クリーム、文字色は黒 勧奨用チラシ 市外転入者用：地色は色紙 橙色、文字色は黒 勧奨用チラシ 再該当者用：地色は色紙 桜、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 <sup>(乳)</sup> 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				<del>横浜市長印</del>		
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 <sup>(乳)</sup> 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				<del>横浜市長印</del>		
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、医療機関等の窓口に提出してください。
- 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、有効期間を経過したときは、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してください。
- 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、医療機関等の窓口に提出してください。
- 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、有効期間を経過したときは、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してください。
- 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						

- 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することができます。
- 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。
- 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  
してあります。

保護者の方の所得金額により、交付の可否を判定

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

RRRRRRR	MM	MM	LL	999999	000000	SSSSSS				
RR	RR	MMM	MMM	99	99	00	00	SS	SS	
RR	RR	MMMM	MMMM	99	99	00	00	SS		
RRRRRRR	MM	MM	MM	LL	9999999	00	00	SSSSSS		
RR	RR	MM	MM	LL	99	00	00	SS		
RR	RR	MM	MM	LL	99	99	00	00	SS	お問い合わせ先
RR	RRR	MM	MM	LLLLLLL	999999	000000	SSSSSS			

\*D\* NPMSP3 (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)			

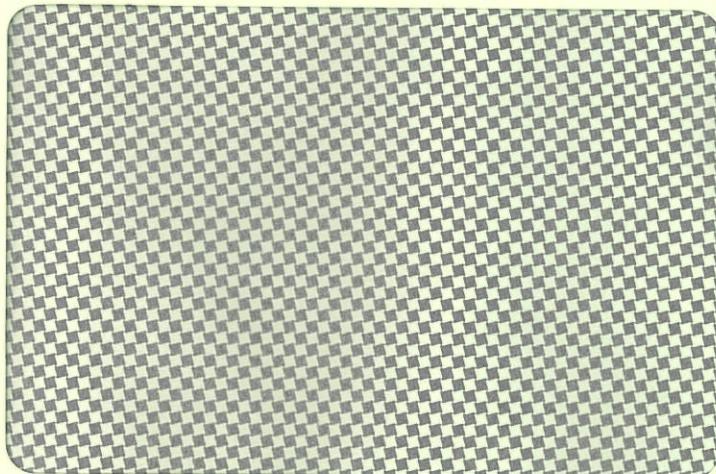
### 申請に必要なもの

- ◎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。

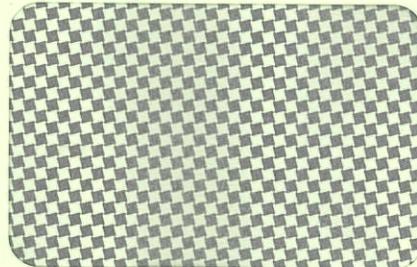
備考欄				個人番号(申請者)					
				個人番号(配偶者)					
※処理欄	取得事由		制度該当	資格取得日	平成 年 月 日	区受付			
	入力年月日		平成 年 月 日	証交付年月日	平成 年 月 日				
	課長	係長	係員	上記のとおり処理します。	不交付			住基	保険
				起案 年 月 日					確認
			決裁 年 月 日						

※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



# 資料 7

2300051

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

切手を  
はって  
お出し  
ください

返 信 用

# 資料8



郵便区内特別



転送不要

更新用医療証 在中



# 資料9

郵便はがき



〒231-0005 横浜市中区本町6丁目50番地の10

**横浜市健康福祉局  
生活福祉部医療援助課**

電話 045(671)4115  
FAX 045(664)0403

## ◇受給資格喪失のお知らせ◇

横浜市④医療証を交付し、通院・入院の医療費を助成する制度は、中学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。

ご不明な点がありましたら、お住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い合わせください。

### 急な病気やけがの受診相談は…



または **045-232-7119** 横浜市救急相談センター

音声案内が流れ始めたら・・・

【医療機関案内】電話機の「1」を選択

⇒そのとき受診可能な病院・診療所の案内を行います。

FAX: 045-242-3808 (聴覚障害者専用)

※FAX受付後に病院・診療所と調整の上、折り返します。

【救急電話相談】電話機の「2」を選択

⇒看護師が、症状に基づく緊急性や、受診の必要性について

アドバイスします。

# 資料10

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		性別			
有効期間						
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						



## 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、医療機関等の窓口に提出してください。
- 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、有効期間を経過したときは、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。



(申請先・届出先・同意先)

横浜市長

## 小児医療証交付申請書（兼同意書）

## 小児医療対象者異動等届出書

<input type="checkbox"/>	○歳
<input type="checkbox"/>	1歳以上

年月日

申請者（保護者）は、お子さん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には所得が高い方）です。

申請者（保護者）氏名

配偶者等（同意者）氏名

次のとおり申請（届出）します。また、所得基準判断のため、保護者及び配偶者等の市民税の課税内容及び児童手当の申請内容について調査することに同意します。

対象小児 太線の中を記入してください。	フリガナ		生年月日	年月日	性別	男・女
	氏名					続柄
	住所			電話	( )	

該当する申請（届出）事由の番号を〇で囲むが、事由の□欄をチェックして記入してください。	資格取得		年月日		メニュー	受給者番号								
	01	市外転入（転入前の住所）				101								
	03	出生（○歳）・制度該当（1歳以上）												
	05	生保開始	06	他制度非該当										
	08	その他（ ）												
	02	区間転入		（区から）		301								
	転出区受給者番号													
	対象小児の加入保険情報（資格取得申請の時は必ず記入）													
	保険者番号													
	保険加入年月日		年月日											
被保険者本人氏名														
資格喪失		年月日		メニュー	再交付									
11	市外転出（転出先の住所）				102	年月日								
13	死亡					<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他								
15	生保開始	16	他制度該当											
18	その他（ ）													

※ 処理欄	証交付年月日	年月日		証回収年月日	年月日		2. 未回収 3. 紛失 4. 破損 5. 未着	区 受 付			
	課長	係長	係員	上記に基づき処理します。		不交付通知	喪失通知		住記	保険	確認
				起案	年月日						
			決裁	年月日							
19	所得超過（1歳以上のみ）		20	所得不明（1歳以上のみ）		入力	年月日		確認	年月日	

## 資料12

## 小児医療費支給申請書

(申請先)  
横浜市長

申請者

(対象小児の保護者)

郵便番号	令和 年 月 日
住 所	
氏 名	
電 話	( ) 父・母・その他( )

申請者の配偶者  
同 意 欄  
(医療証を提示す  
る場合は不要)

医療費支給に関する所得判断基準のため、私の市民税・県民税の課税内容について調査することに同意します。

氏 名

次のとおり医療費の支給を受けたいので領収書等を添えて申請します。また、医療費支給に関する所得基準判断のため、私(保護者)の市民税・県民税の課税内容について調査すること、保険給付金について加入保険者へ照会すること、並びに、申請診療分について医療機関に照会すること及びその内容に基づき支給額が減額されることがあることに同意します。

受給者番号	被保険者記号	番号	一		
(フリガナ)	被保険者氏名				
対象小児氏名	保険者番号				
生年月日	平成 令和 年 月 日	保険者名称			
入外区分	1 入院	2 入院外			
給付事由	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 柔整	5 その他
診療期間	平成 令和 年 月 日 から	平成 令和 年 月 日 まで			
診療実日数					
申請金額(支払った一部負担金)	右詰め)				円

振込先	金融機関 及び番号	銀 行	金融機関コード	店舗名 及び番号	本・支店		支店コード
		信用金庫			出張所		
口座種目	1 普通	2 当座	口座番号(右詰め6桁又は7桁)				
口座名義人(カタカナ)							

※口座名義人はカタカナで記入し、姓と名の間は一字あけてください。漢字表記は不要です。

※申請者以外の口座へ振り込む場合は、委任者(申請者)の押印が必要です。

委任状	私は、次の者に医療費の受領に関する一切の権限を委任します。(申請者の口座に振り込むときは不要です。)					
	受任者 (口座名義人)	住所 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	委任者 (申請者)	氏名	(印)

※ 処理欄	保険点数						点	× 10 × 0. =	円					
	自己負担額①						円	医療費対象額(①-②-③)					円	
	高額療養費②						円	一 部 負 担 金					円	有・無
	保険給付金③						円	総 支 給 金 額					円	
	備考	当月受診 有 無 高額療養費 有 無 保険給付金(附加金) 有 無										受 付		
療養費の場合 10割負担の費用 - 保険該当分 = 総支給額	市国保・市国保以外 乳児・幼児・児童													

※処理欄には記入しないでください。

# 小児医療費支給申請入力票

申 請 者

郵便番号

21	5	22	24	26	
28		31			

35

85

135

175

( ) 父・母・その他 ( )

受給者番号

191							
-----	--	--	--	--	--	--	--

被保険者番号

198							
-----	--	--	--	--	--	--	--

対象小児氏名

206							
-----	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号

246							
-----	--	--	--	--	--	--	--

生年月日

254	4						
	5						

入外区分

261	1	2
-----	---	---

給付事由

262	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---

診療期間

263	4	5	264		266		268		270	4	5	271		273		275		276		278		280		282		284		286		288		290		292		294		296		298		300		302		304		306		308		310		312		314		316		318		320		322		324		326		328		330		332		334		336		338		340		342		344		346		348		350		352		354		356		358		360		362		364		366		368		370		372		374		376		378		380		382		384		386		388		390		392		394		396		398		400		402		404		406		408		410		412		414		416		418		420		422		424		426		428		430		432		434		436		438		440		442		444		446		448		450		452		454		456		458		460		462		464		466		468		470		472		474		476		478		480		482		484		486		488		490		492		494		496		498		500		502		504		506		508		510		512		514		516		518		520		522		524		526		528		530		532		534		536		538		540		542		544		546		548		550		552		554		556		558		560		562		564		566		568		570		572		574		576		578		580		582		584		586		588		590		592		594		596		598		600		602		604		606		608		610		612		614		616		618		620		622		624		626		628		630		632		634		636		638		640		642		644		646		648		650		652		654		656		658		660		662		664		666		668		670		672		674		676		678		680		682		684		686		688		690		692		694		696		698		700		702		704		706		708		710		712		714		716		718		720		722		724		726		728		730		732		734		736		738		740		742		744		746		748		750		752		754		756		758		760		762		764		766		768		770		772		774		776		778		780		782		784		786		788		790		792		794		796		798		800		802		804		806		808		810		812		814		816		818		820		822		824		826		828		830		832		834		836		838		840		842		844		846		848		850		852		854		856		858		860		862		864		866		868		870		872		874		876		878		880		882		884		886		888		890		892		894		896		898		900		902		904		906		908		910		912		914		916		918		920		922		924		926		928		930		932		934		936		938		940		942		944		946		948		950		952		954		956		958		960		962		964		966		968		970		972		974		976		978		980		982		984		986		988		990		992		994		996	
-----	---	---	-----	--	-----	--	-----	--	-----	---	---	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--

# 資料13

## 問合せ先

各区役所保険年金課保険係給付担当  
健康福祉局医療援助課

区役所名	電話番号	FAX番号
鶴見	(510)1810~11	(510)1898
神奈川	(411)7126	(322)1979
西	(320)8427~28	(322)2183
中	(224)8317~18	(224)8309
南	(341)1128	(341)1131
港南	(847)8423	(845)8413
保土ヶ谷	(334)6338	(334)6334
旭	(954)6138	(954)5784
磯子	(750)2428	(750)2545
金沢	(788)7838	(788)0328
港北	(540)2351	(540)2355
緑	(930)2344	(930)2347
青葉	(978)2337	(978)2417
都筑	(948)2336~37	(948)2339
泉	(800)2427	(800)2512
栄	(894)8426	(895)0115
戸塚	(866)8450	(871)5809
瀬谷	(367)5727~28	(362)2420

健康福祉局医療援助課  
TEL (671)4115 FAX(664)0403

令和3年7月発行

## このようなときはすぐ手続を

- ◎住所、氏名が変わったとき
- ◎加入している健康保険が変わったとき
- ◎医療証をなくしたり、汚したりしたとき
- ◎他の医療費助成制度を受けるとき  
(重度障害者医療費助成事業、ひとり親家庭等医療費助成事業)
- ◎交通事故等が原因で医療証を使うとき
- ◎生活保護を受給したとき
- ◎保護者が変わったとき  
1 婚姻・離婚などで保護者の方が変わったとき  
2 保護者の方と配偶者の方の間で、主に生計を維持しておられる方が変わったとき

詳しくはお住いの区役所保険年金課保険係までお問い合わせください。

- ◇手続に必要なもの  
医療証・お子さまの健康保険証など

## 医療証の更新等

3歳～中学3年生の医療証は保護者の方の所得金額により交付が決定されます。

更新時期については0～2歳のお子さまの分を除き、毎年8月1日で更新となります。

医療証の終了月に、区役所において所得の確認を行いますので、特に更新の手続をする必要はありません。(ただし、保護者の方の所得の確認がとれない等の理由で手続が必要な場合もあります。)

また、審査した結果、対象とならない方についても、その旨をお知らせします。

※0～2歳の医療証の有効期限はお誕生日の末日まで(1日生まれは前月末日まで)です。

※小学3年生のお子さまについては、3月に負担金の判定を行い、3月末ごろに新しい有効期限の医療証をお送りします。

## 小児医療証のしおり

### 制度の概要

この制度は、健康保険に加入している0歳～中学3年生のお子さまが医療機関等で診療を受けた際に、医療機関等の窓口で支払う保険診療の自己負担額を助成するものです。

◇お知らせ◇  
令和3年4月から、2歳まで所得制限がなくなりました。

自己負担額とは  
診療行為のうち保険がきく部分に対する自己負担分のことです。

健康診断料、乳児健診料、予防接種、薬の容器代、差額ベッド代、沐浴料など保険がきかないもの及び、入院時食事代の自己負担額(標準負担額)は、医療費助成の対象外です。

この分の費用は、区役所に請求されても払戻できません。

## 助成の範囲

### ●対象年齢

0歳～中学3年生

### ●助成対象

入院・通院

### ●所得制限の有無

0歳～2歳→無

3歳～中学3年生→有

### ●助成の内容

◇0歳・3歳～小3→全額助成

◇1歳～2歳→保護者の所得が所得基準額  
以上の場合は、通院1回500円までの負担。

1～2歳の保護者の所得が所得基準額未満  
は全額助成

※入院、院外薬局の薬代は全額助成

◇小4～中3→通院1回500円までの負担

※入院、院外薬局の薬代は全額助成

※保護者の市民税が非課税の場合は全額助成

## 医療証の使い方

### ◇神奈川県内の医療機関等で受診するとき

医療証と健康保険証を医療機関等の窓口に  
提示してください。

※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、医療証を使うことがで  
きません。

### ◇医療証が使えないとき

次の場合は、いったん医療機関等の窓口  
で自己負担額を支払う必要がありますが、あ  
とで区役所保険年金課保険係給付担当に申請  
することにより払い戻されます。

### ◎神奈川県外の医療機関等で受診するとき

◎県外の国保組合（全国建設工事業国保組合  
及び全国土木建築国保組合を除く）に加入さ  
れている方

## 医療費の支給申請

医療機関等の窓口で医療証が使えずに自己負  
担額を支払った場合は、区役所保険年金課保険  
係給付担当に医療費の支給申請をしてください。

### 申請に必要なもの

①小児医療証

②お子さまの健康保険証

③保護者の印鑑（朱肉を使うもの）（認印で可）

※申請者以外の口座へ振り込む場合に、委任者  
(申請者)の押印が必要です。

④振込先金融機関の預金通帳

⑤領収書（患者氏名、保険診療の診療月ごとの  
総点数、診療期間、領収金額、医療機関名の  
あるもの

⑥健康保険から高額療養費や附加給付金が支  
給されている場合は、高額療養費等の支給  
通知書等を持参してください。

## 医療費の支給申請をするときのお願い

◎領収書は、1か月分をまとめたうえで、診療  
を受けた翌月からなるべく1年以内に申請し  
てください。

◎数か月分の領収書をまとめて一度に申請でき  
ます。受診月の翌月1日から5年で時効とな  
り、申請ができなくなりますのでご注意くだ  
さい。

◎緊急のため保険証を持たずに受診したとき等、  
医療費を全額支払った場合は、先に加入して  
いる健康保険から療養費の払戻しを受け、前項  
の「申請に必要なもの」の他に、その支給通  
知書を添えて申請してください。

# 資料14

## 助成の範囲

年齢	0歳	1歳・2歳	3歳～小学3年生	小学4年生～中学3年生
助成対象	入院・通院			
保護者の所得制限	なし	あり		
助成内容	全額助成	・保護者の所得が基準額未満の場合は全額助成 ・保護者の所得が基準額以上の場合は、通院1回500円までの負担。 ※入院、院外薬局の薬代は全額助成	全額助成	通院1回500円までの負担 ※入院、院外薬局の薬代は全額助成 ※保護者の市民税が非課税の場合は全額助成

※神奈川県外の医療機関等や、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、医療証を使うことができません。

※令和3年4月診療分から、2歳まで所得制限がなくなりました。

新たに対象となる方（1・2歳で保護者の所得が基準額以上の方）には一部負担金の適用があります。

### ★問い合わせ先 各区役所保険年金課保険係給付担当

区役所名	電話番号	区役所名	電話番号
鶴見	510-1810～11	金沢	788-7838
神奈川	411-7126	港北	540-2351
西	320-8427～28	緑	930-2344
中	224-8317～18	青葉	978-2337
南	341-1128	都筑	948-2336～37
港南	847-8423	戸塚	866-8450
保土ヶ谷	334-6338	栄	894-8426
旭	954-6138	泉	800-2427
磯子	750-2428	瀬谷	367-5727～28
健康福祉局医療援助課		671-4115	

令和3年7月発行

## 小児医療費助成事業のご案内



（0歳～中学3年生 入院・通院）



### ● 制度の概要 ●

この制度は、健康保険に加入している0歳～中学3年生のお子さまが医療機関等で診療を受けた際に、医療機関等の窓口で支払う保険診療の自己負担額を助成するものです。対象となるお子さまには、医療証をお渡しします。

### ● 対象となるお子さま ●

◇横浜市内に住所があること ◇健康保険に加入していること

次のような場合は、対象になりません。

- ◎生活保護を受けている場合
- ◎他の医療費助成事業により、医療費の助成を受けている場合  
(重度障害者医療費助成事業・ひとり親家庭等医療費助成事業など)

### ● 保護者の所得制限（3歳児以上） ●

保護者とは、対象となるお子さまの生計を主に維持している方です。その保護者の方の所得が次の区分により所得制限限度額未満であることが必要です。

確認を必要とする所得の年については、区役所保険年金課保険係給付担当にお問い合わせください。

- ◎診療月により確認をする所得の年が違います
  - ・診療月が1月～7月の場合は、前々年中の所得
  - ・診療月が8月～12月の場合は、前年中の所得

### ★ 一部負担金の判定（1、2歳のみ）

保護者とは、対象となるお子さまの生計を主に維持している方です。その保護者の方の所得が次の区分により基準額以上の場合は、通院1回につき500円までの負担があります。

- ◎誕生日において確認をする所得の年が違います
  - ・誕生日が1月～7月の場合は、前々年中の所得
  - ・誕生日が8月～12月の場合は、前年中の所得

## 所得制限限度額表（1、2歳児は基準額表）

扶養親族等の数	所得制限限度額
0人	540万円
1人	578万円
2人	616万円
3人	654万円
4人以上	扶養が1人増すごとに38万円加算

※この表は、本来の所得制限限度額に、所得計算上考慮される一律の控除額（8万円）をあらかじめ加算しています。

### 所得額の見方（めやす）

(1) 所得額は次の額が基本となります。

※不動産・利子・雑所得等、下記以外にも所得がある場合は、合算します。

① 紦与所得者の方 → 「給与所得控除後の金額」（源泉徴収票、税額通知書等に明示）

② 事業所得者の方 → 収入金額から必要経費を除いた額

(2) 扶養親族等の数は、所得のあった年の12月31日現在の数です。

（所得税法に規定する同一生計配偶者の方及び扶養親族の方の数）

(3) 所得は、保護者の方のものだけを計算します。

(4) 「医療費控除」「雑損控除」等を受けている場合、上記の所得額からさらに差し引いて計算します。

～急な病気やけがで迷ったら…～

### 救急受診ガイド・#7119

電話から（年中無休・24時間対応）

☎#7119 または☎045-232-7119

◎そのとき受診可能な医療機関の案内

→医療機関案内（1番を選択）

◎看護師が緊急性や受診の必要性についてアドバイス

→救急電話相談（2番を選択）

FAXから（聴覚障害者専用）

☎045-242-3808 医療機関案内のみ



#### パソコン・スマートフォンから 横浜市救急受診ガイド

パソコンやスマートフォンの画面上で、急な病気やけがの緊急性や、受診の必要性を確認できます。QRコードからもアクセスできます。



### 申請の手続と利用のしかた

区役所保険年金課保険係給付担当に申請してください。該当する方に、医療証をお渡します。

申請に必要なもの ◎ 対象となるお子さまの健康保険証

◎ 保護者の方の課税証明書（所得証明書）※配偶者がいらっしゃる場合は、原則それぞれ必要です。

※同意書の提出により、マイナンバーによる所得の照会を行うこともできます。

◇神奈川県内の医療機関等にかかるとき

医療証と健康保険証を医療機関等の窓口に提示してください。

※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。

◇医療証が使えないとき

神奈川県外の医療機関等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された場合は、いったん窓口で自己負担額を支払う必要がありますが、後で区役所保険年金課保険係給付担当に申請することにより払い戻されます。

◇医療証の更新

医療証の終了月に区役所において更新を行いますので、お手続をする必要はありません。

ただし、保護者の方の所得の確認がとれない等の理由で手続きが必要な場合もあります。

### 医療費の払戻しについて

医療証が使えなかった場合など払戻しを受けるときは、以下のものをご持参のうえ、区役所保険年金課保険係給付担当に申請してください。

◎ 小児医療証

◎ 対象となるお子さまの健康保険証

◎ 印鑑（朱肉を使うもの）（認印で可）※

◎ 領収書（患者氏名、診療月ごとの総点数、診療期間、領収金額、医療機関名のあるもの）

◎ 振込先金融機関の預金通帳

◎ 健康保険から高額療養費や附加給付金が支給される場合は、その額を差し引いて支給しますので、高額療養費などの支給通知書など支給額がわかるものを持参してください。

◎ 保護者の方の課税証明書（所得証明書）が必要な場合があります。

※申請者（保護者）以外の口座へ振り込む場合は、申請書に委任者（申請者）の押印が必要です。



#### ご注意ください！

領収書は、1か月分をまとめたうえ、診療を受けた翌月からなるべく1年内に申請してください。数か月分の領収書をまとめて一度に申請できます。受診月の翌月1日から5年で時効となり、申請できなくなりますので、ご注意ください。

緊急のため保険証を持たずに受診したとき等、医療費を全額支払った場合は、先に加入している健康保険から療養費の払戻しを受け、前項記載のもの他に、その支給通知書も添えて申請してください。

チラシH

# ～小児医療証の送付のお知らせ～

## 医療証の更新

お子さまの小児医療証が更新の時期となりましたので、保護者の方の所得調査を実施したところ、認定となりました。新しい小児医療証をお送りします。

## 制度の概要と助成の範囲

この制度は、健康保険に加入している0歳～中学3年生（15歳に達した日以降最初の3月31日まで）のお子さまが医療機関等で診療を受けた際に、医療機関等の窓口で支払う保険診療の自己負担額を助成するものです。

### ★自己負担額とは

診療行為のうち保険がきく部分に対する自己負担分のことです。

健康診断料、乳児健診料、予防接種、薬の容器代、差額ベッド代など保険がきかないもの、及び入院時食事代の自己負担額（標準負担額）は、医療費助成の対象外です。この分の費用は、区役所に請求されても払戻しができません。

年齢	0歳	1歳～2歳	3歳～小学3年生	小学4年生～中学3年生
所得制限	なし		あり	
助成内容	全額助成	○保護者の所得が所得基準額 未満の場合 ⇒窓口負担なし ○保護者の所得が所得基準額 以上の場合 ⇒通院：1回 500円までの負担 入院・調剤：全額助成	全額助成	通院：1回 500円までの負担 ※保護者が市民税非課税の場合は 全額助成 入院・調剤：全額助成

## 医療証の使い方

### ◇神奈川県内の医療機関等にかかるとき

医療証と健康保険証を医療機関等の窓口に提示してください。

※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、医療証を使うことができません。

### ◇医療証が使えないとき

次の場合は、いったん医療機関等の窓口で自己負担額を支払う必要がありますが、あとでお住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に申請することにより払い戻されます。

①神奈川県外の医療機関等で受診するとき

②県外に事務所がある国保組合（全国建設工事業国保組合及び全国土木建築国保組合を除く）に加入されている方

## 医療費の支給申請

医療機関等の窓口で小児医療証が使えずに自己負担額を支払った場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に医療費の支給申請をしてください。

### ◇申請に必要なもの

- ①小児医療証 ②お子さまの健康保険証 ③保護者の印鑑（朱肉を使うもの）※④振込先金融機関の預金通帳
- ⑤領収書（患者氏名、保険診療の診療月ごとの総点数、診療期間、領収金額、医療機関名のあるもの）
- ⑥健康保険から高額療養費、附加給付金が支給される場合は、その額を差し引いて支給しますので、高額療養費などの支給通知書などを持参してください。

※申請者（保護者）以外の口座へ振り込む場合は、申請書に委任者（申請者）の押印が必要です。

## 医療費の支給申請をするときのお願い

- ◎領収書は、1か月分をまとめたうえ、診療を受けた翌月からなるべく1年以内に申請してください。
- ◎数か月分の領収書をまとめて一度に申請できます。受診した日の翌月1日から5年で時効となり、申請できなくなりますので、ご注意ください。
- ◎緊急のため保険証を持たずに受診したとき等、医療費を全額支払った場合は、先に加入している健康保険から療養費の払戻しを受け、前項記載の「申請に必要なもの」の他に、その支給通知書も添えて申請してください。

## 次回の更新について

今回お送りした小児医療証は、小学3年生及び中学3年生のお子さまの分を除き、令和4年8月1日に更新となります。更新に際しては、自動更新としておりますので、改めて申請をする必要はありません。

令和4年7月に令和4年度（令和3年中）の所得を審査した結果、対象となる方には新しい小児医療証をお送りします。また、審査した結果、対象とならない方についても、その旨をお知らせいたします。

※小学3年生のお子さまについては、令和4年3月中に、次の有効期限の小児医療証をお送りします。

## このようなときはすぐ手続を

- ◎住所、氏名、が変わったとき ◎加入している健康保険が変わったとき ◎保護者が変わった時
- ◎医療証をなくしたり、汚したりしたとき
- ◎他の医療費助成制度を受けるとき（重度障害者医療費助成事業、ひとり親家庭等医療費助成事業）
- ◎交通事故等が原因で医療証を使うとき ◎生活保護を受給したとき

### ◇手続に必要なもの

医療証・お子さまの健康保険証・保護者の印鑑（朱肉を使うもの）※  
※印鑑については、交通事故等が原因で医療証を使う場合の届出に必要です。

問合せ先：お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当又は健康福祉局医療援助課までお問い合わせください。

区役所名	電話	FAX	区役所名	電話	FAX	区役所名	電話	FAX
鶴見	(510)1810~11	(510)1898	保土ヶ谷	(334)6338	(334)6334	青葉	(978)2337	(978)2417
神奈川	(411)7126	(322)1979	旭	(954)6138	(954)5784	都筑	(948)2336~37	(948)2339
西	(320)8427~28	(322)2183	磯子	(750)2428	(750)2545	泉	(800)2427	(800)2512
中	(224)8317~18	(224)8309	金沢	(788)7838	(788)0328	栄	(894)8426	(895)0115
南	(341)1128	(341)1131	港北	(540)2351	(540)2355	戸塚	(866)8450	(871)5809
港南	(847)8423	(845)8413	緑	(930)2344	(930)2347	瀬谷	(367)5727~28	(362)2420

健康福祉局医療援助課 電話：(671) 4115 FAX (664) 0403

# ～小児医療証送付のお知らせ～

## 制度の概要と助成の範囲

この制度は、健康保険に加入している0歳～中学3年生のお子さまが医療機関等で診療を受けた際に、医療機関等の窓口で支払う保険診療の自己負担額を助成するものです。

### ★自己負担額とは

診療行為のうち保険がきく部分に対する自己負担分のことです。

健康診断料、乳児健診料、予防接種、薬の容器代、差額ベッド代、沐浴料など保険がきかないもの、及び入院時食事代の自己負担額(標準負担額)は、医療費助成の対象外です。この分の費用は、区役所に請求されても払戻しできません。

年齢	0歳	1歳～2歳	3歳～小学3年生	小学4年生～中学3年生
所得制限	なし		あり	
助成内容	全額助成	○保護者の所得が <u>所得基準額未満</u> の場合 ⇒窓口負担なし ○保護者の所得が <u>所得基準額以上</u> の場合 ⇒通院：1回 500円までの負担 入院・調剤：全額助成	全額助成	通院：1回 500円までの負担 ※保護者が市民税非課税の場合は全額助成 入院・調剤：全額助成

## 医療証の使い方

### ◇神奈川県内の医療機関にかかるとき

医療証と健康保険証を医療機関の窓口に提示してください。

※県内のこの制度による診療を取り扱わない医療機関では、医療証を使うことができません。

### ◇医療証が使えないとき

次の場合は、いったん医療機関の窓口で自己負担額を支払う必要がありますが、あとでお住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に申請することにより払い戻されます。

◎神奈川県外の医療機関で受診するとき

◎県外に事務所がある国保組合(全国建設工事業国保組合及び全国土木建築国保組合を除く)に加入されている方

## 医療証の更新等

医療証の終了月に、区役所において更新をします。更新に際しては、自動更新しておりますので、原則、改めて申請をする必要はありませんが、所得の確認が取れない等の理由でお手続きが必要な場合があります。

医療証の終了月に審査した結果、お住まいの区の区役所保険年金課から郵送でお知らせいたしますので、お越しいただく必要はありません。※所得が確認できない方、所得制限限度額を超過された方には、別途お知らせが参りますのでご確認ください。

### ★3歳を迎えたお子さまの医療証の更新について

令和3年4月から、3歳児以上は8月1日に一斉に医療証を更新し、0歳～2歳児は誕生日ごとに医療証を更新することとなりました。今回3歳を迎えたお子さまにお送りする医療証の有効期限は、一斉に更新をする7月31日までとなっています。

裏面あり

## 医療費の支給申請

医療機関の窓口で医療証が使えずに自己負担額を支払った場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に医療費の支給申請をしてください。

### ◇申請に必要なもの

- ①小児医療証(医療証が発行されている場合) ②お子さまの健康保険証 ③保護者の印鑑(朱肉を使うもの)※ ④振込先金融機関の預金通帳 ⑤領収書(患者氏名、保険診療の診療月ごとの総点数、診療期間、領収金額、医療機関名のあるもの)
- ⑥健康保険から高額療養費、付加給付金が支給される場合は、その額を差し引いて支給しますので、高額療養費などの支給通知書などを持参してください。

※申請者(保護者)以外の口座へ振り込む場合は、申請書に委任者(申請者)の押印が必要です。

## 医療費の支給申請をするときのお願い

◎領収書は、1か月分をまとめたうえ、診療を受けた翌月からなるべく1年以内に申請してください。

◎数か月分の領収書をまとめて一度に申請できます。受診の翌月1日から5年で時効となり、申請できなくなりますので、ご注意ください。

◎緊急のため保険証を持たずに受診したとき等、医療費を全額支払った場合は、先に加入している健康保険から療養費の払戻しを受け、上記「申請に必要なもの」の他に、その支給通知書も添えて申請してください。

## 医療証の終了

医療証の発行は中学3年生までとなりますので、医療証の終了月に「受給資格喪失のお知らせ」をお送りします。

## このようなときはすぐ手続きを

◎住所、氏名が変わったとき ◎加入している健康保険が変わったとき ◎保護者が変わったとき

◎医療証をなくしたり、汚したりしたとき

◎他の医療費助成制度を受けるとき(重度障害者医療費助成事業、ひとり親家庭等医療費助成事業)

◎交通事故等が原因で医療証を使うとき ◎生活保護を受給したとき

### ◇手続きに必要なもの

医療証・お子さまの健康保険証・保護者の印鑑(朱肉を使うもの)

※印鑑については、交通事故等が原因で医療証を使う場合の届出に必要になります。

問い合わせ先:お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当又は健康福祉局医療援助課までお問い合わせください。

区役所名	電話	FAX	区役所名	電話	FAX	区役所名	電話	FAX
鶴見	(510)1810~11	(510)1898	保土ヶ谷	(334)6338	(334)6334	青葉	(978)2337	(978)2417
神奈川	(411)7126	(322)1979	旭	(954)6138	(954)5784	都筑	(948)2336~37	(948)2339
西	(320)8427~28	(322)2183	磯子	(750)2428	(750)2545	泉	(800)2427	(800)2512
中	(224)8317~18	(224)8309	金沢	(788)7838	(788)0328	栄	(894)8426	(895)0115
南	(341)1128	(341)1131	港北	(540)2351	(540)2355	戸塚	(866)8450	(871)5809
港南	(847)8423	(845)8413	縁	(930)2344	(930)2347	瀬谷	(367)5727~28	(362)2420

健康福祉局医療援助課 電話: (671) 4115 FAX (664) 0403

# チラシ I

## 所得を確認するための書類の提出についてのご案内

### 1 1歳及び2歳の小児医療証の交付について

#### (1) 一部負担金の有無についての判定

1歳及び2歳の小児医療証の交付に際しては、保護者の方の所得等の状況で「一部負担金の有無についての判定」を行っています。保護者の方の所得が所得基準額※以上だった場合のほか、所得が確認できなかった場合にも「一部負担金あり（通院1回500円まで）」の医療証が交付されていますが、保護者の方の所得が所得基準額未満であることが確認できた場合は、「一部負担金なし」の医療証を交付することができます。

#### (2) 「一部負担金あり（通院1回500円まで）」の証が交付された方で、所得基準額未満と思われる方

所得証明書の提出等を行っていない保護者については、お住まいの区の区役所保険年金課給付担当で所得の確認ができていないため、「一部負担金あり（通院1回500円まで）」の医療証が交付されている可能性があります。保護者の方の所得が所得基準額未満の可能性がある場合は、お住まいの区の区役所保険年金課給付担当に必要書類をご返送、またはご連絡くださいますようお願いいたします。一部負担金ありからなしに変更となった場合、既にお支払い済みの一部負担金については、一部負担金の払戻しを申請することができます。

#### <必要書類>

- (ア) 所得を確認するための書類（同意書または課税証明書（所得証明書））
- (イ) 小児医療証のコピー

【所得を確認するための書類】は所得確認の方法により、ご提出いただくものが異なります。

所得確認の方法としては、マイナンバーにより所得情報の照会を行う方法と、「課税証明書（所得証明書）」を提出いただく方法の2通りがあります。

#### <「マイナンバーにより所得の照会を行う方法」について>

- ・他都市から転入してきた場合や、申請者（保護者）が単身赴任等で他都市に居住していた場合には、マイナンバーで当該他都市（課税自治体）に所得情報の照会を行うことにより、「課税証明書（所得証明書）」は不要となります。
- ・なお、所得が未申告の場合や所得情報の照会先が異なっていた場合などには、所得情報に関する回答が適正に得られませんので、その場合は「課税証明書（所得証明書）」の提出をお願いいたします。

マイナンバーにより所得照会を行う場合は、お住まい区の区役所保険年金課に「同意書」を提出してください。

- ・同意書には、1月1日時点にお住まいだった住所をご記載ください。
- ・同意書は「横浜市小児医療費助成」のウェブページに記載されていますので、ダウンロードしご記入ください。  
URL: [https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryohi\\_josei/shoni/child.html](https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryohi_josei/shoni/child.html)
- ※申請者（保護者）の住民登録地が横浜市外の場合同意書に個人番号（マイナンバー）を記載していただく必要があります。また、番号確認・身元確認書類の写しのご提出が必要となります。詳細については、お住まいの区の区役所保険年金課にお問合せください。

#### <「課税証明書（所得証明書）を提出いただく方法」について>

- ・課税地（※）の市区町村民税担当課から課税証明書（所得証明書）の交付を受けて、ご提出ください。なお、課税証明書（所得証明書）の交付の方法、手数料などにつきましては、課税地の市区町村民税担当課へお問い合わせください。
- ※課税地・・・1月1日に住所があった市区町村となります。
- ・小児医療費助成の申請に必要な「課税証明書（所得証明書）」は、以下の項目全てが記載されている必要があります。※源泉徴収票や市民税・県民税特別徴収税額通知書は不可
  - ・申告されている全ての所得区分とその金額
  - ・所得から差引かれる全ての控除とその金額
  - ・年少者扶養の対象人数

課税証明書（所得証明書）を提出する場合は、お住まいの区の区役所保険年金課にご提出ください。

・必ず、ご返送いただく書類の裏面に、対象となるお子さまの氏名・生年月日、ご連絡先、現在交付されている小児医療証の受給者番号（7桁）を明記してください。

◎ 課税地の住所が外国のため、課税証明書がとれない方

戸籍の附票、海外勤務等証明書、パスポート（写真があるページと出入国のスタンプがあるページの全て）の写しなど、1月1日時点で外国にいたことが確認できるものを添付してください。

◎ 必要となる年度の所得が未申告の方

課税地の市区町村民税担当課または所轄の税務署に申告のうえ、課税証明書の交付を受けて、ご返送ください。申告の方法等については、あらかじめ課税地の市区町村民税担当課または所轄の税務署にお問い合わせください。

**【所得を確認する年度について】**

お子さまの誕生日	確認する所得の年度	必要書類
4月2日～7月31日	令和2年度（令和元年中）	・令和2年1月1日時点の住所を記載した同意書 又は ・令和2年1月1日時点に住民登録があった市区町村発行の課税証明書
1月1日～4月1日、 8月1日～12月31日	令和3年度（令和2年中）	・令和3年1月1日時点の住所を記載した同意書 又は ・令和3年1月1日時点に住民登録があった市区町村発行の課税証明書

※所得を確認するための書類をご提出いただいても、審査の結果、一部負担金の有無が変わらない場合があります。ご提出にあたっては、所得基準額の表をご確認ください。

**【所得基準額について】**

扶養親族等の数	所得基準額
0人	540万円
1人	578万円
2人	616万円
3人	654万円
4人以上	扶養が1人増すごとに 38万円を加算した額

※この表は、本来の所得基準額に、所得計算上考慮される一律の控除額（8万円）をあらかじめ足したものです。

※扶養親族等の数は、対象の所得年度が令和2年度所得の場合は令和元年12月31日時点、令和3年度所得の場合は令和2年12月31日時点の人数です。

ご不明な点がありましたら、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当へお問い合わせください。なお、医療証発送直後は電話がつながりにくい場合がございます。あらかじめご了承ください。

チラシJ

# ～小児医療証の送付のお知らせ～

## 医療証の送付

横浜市の小児医療費助成は小学4年生～中学3年生のお子様には通院1回につき500円までの窓口負担がある制度となっています（市民税賦課期日時点で保護者の住所が日本国内にあり、かつ市民税非課税の場合は負担なし）。

このたび、お子様が小学4年生を迎えるにあたり、自己負担上限額が記載された新しい医療証をお送りしますので、4月以降はこちらをお使いください。

## 制度の助成の範囲

年齢	0歳	1歳・2歳	3歳～小学3年生	小学4年生～中学3年生
助成対象	入院・通院			
保護者の所得制限	なし		あり	
助成内容	全額助成	保護者の所得が基準額以上 の場合は、通院1回500円までの負担 ※入院、院外薬局は全額助成  保護者の所得が基準額未満 の場合は全額助成	全額助成	通院1回500円までの負担  ※入院、院外薬局の薬代は全額助成  ※保護者の市民税が非課税の場合 は全額助成

## 次回の更新について

今回お送りした小児医療証は、令和3年8月1日で更新となります。更新は自動更新としておりますので、改めて申請をする必要はありません。

令和3年7月に令和3年度（令和2年中）の所得を審査した結果、対象となる方には新しい小児医療証をお送りします。また、審査した結果、対象とならなかった方や、所得の確認が出来ず医療証の更新が行えなかった方にも、その旨をお知らせいたします。

## このようなときはすぐ手続きを

- ◎住所、氏名、保護者等が変わったとき
- ◎加入している健康保険が変わったとき
- ◎医療証をなくしたり、汚したりしたとき
- ◎他の医療費助成制度を受けるとき（重度障害者医療費助成事業、ひとり親家庭等医療費助成事業）
- ◎交通事故等が原因で医療証を使うとき
- ◎生活保護を受給したとき
- ◇手続きに必要なもの

医療証・健康保険証・印鑑（朱肉を使うもの）

チラシK

# 小児医療 受給資格喪失証不交付のお知らせ

「小児医療証」は保護者の方の所得によって交付の可否を決定しますが、今回、保護者の方の令和3年度所得（令和2年中の所得）を判定した結果、所得が限度額を超えていましたので、医療証を交付できませんでした。（所得制限限度額及び所得額の見方については下記をご覧ください。）

次回の所得の年度切替えは令和4年8月1日になりますので、令和4年度所得（令和3年中の所得）が所得制限限度額未満の場合は、**令和4年7月下旬以降**にお住まいの区の区役所保険年金課保険係へ、お子さまが加入している健康保険証をご持参の上、申請してください。審査の結果、該当する場合は、令和4年8月1日から使える医療証を交付いたします。

\* 医療証の交付を新たに受ける場合は、再度申請が必要となりますのでご注意ください。

## ◎ 医療証の対象年齢について

医療証を交付できる年齢は、中学3年生までになります。

## ◆ 所得制限限度額 ◆

扶養親族等の数	所得制限限度額
0人	540万円
1人	578万円
2人	616万円
3人	654万円
4人以上	(扶養が1人増すごとに38万円追加)

※ 所得の見方（めやす）

- ・所得額は、次の額が基となります。  
(不動産・利子・雑所得等、下記以外にも所得があれば合計します。)  
①給与所得者（会社勤め）→  
「給与所得控除後の金額（給与所得金額）から10万円を引いた額」  
(給与所得控除後の金額は源泉徴収票、税額通知書等に記載)  
②事業所得者 → 収入金額から必要経費を除いた額
  - ・扶養親族等の数は、所得年の12月31日現在の数です。
  - ・所得は、保護者の方の金額だけを計算します。
  - ・「医療費控除」「雑損控除」等を受けている場合、上記の所得額から、さらに差し引いて計算します。
- ※ この表の所得制限限度額は、社会保険料として控除される一律の金額（8万円）をあらかじめ加算しています。

チラシ L

# 小児医療 受給資格喪失証不交付のお知らせ

「小児医療証」は保護者の方の所得によって交付の可否を決定しますが、今回、保護者の方の令和3年度所得（令和2年中の所得）を判定した結果、所得が限度額を超えていましたので、医療証を交付できませんでした。（所得制限限度額及び所得額の見方については下記をご覧ください。）

次回の所得の年度切替えは令和4年8月1日になりますので、令和4年度所得（令和3年中の所得）が所得制限限度額未満の場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へ、お子さまが加入している健康保険証をご持参の上、申請してください。該当する場合は、令和4年8月1日から使える医療証を交付いたします。（\*医療証の交付を新たに受ける場合は、再度申請が必要となりますのでご注意ください。）

## ◎ 医療証の対象年齢について

医療証を交付できる年齢は、中学3年生までになります。

## ◆ 所得制限限度額 ◆

扶養親族等の数	所得制限限度額
0人	540万円
1人	578万円
2人	616万円
3人	654万円
4人以上	(扶養が1人増すごとに38万円追加)

### ※ 所得の見方（めやす）

- ・所得額は、次の額が基となります。  
(不動産・利子・雑所得等、下記以外にも所得があれば合計します。)  
①給与所得者（会社勤め）→  
「給与所得控除後の金額（給与所得金額）から10万円を引いた額」  
(給与所得控除後の金額は源泉徴収票、税額通知書等に記載)  
②事業所得者 → 収入金額から必要経費を除いた額
- ・扶養親族等の数は、所得年の12月31日現在の数です。
- ・所得は、保護者の方の金額だけを計算します。
- ・「医療費控除」「雑損控除」等を受けている場合、上記の所得額から、さらに差し引いて計算します。
- ※ この表の所得制限限度額は、社会保険料として控除される一律の金額（8万円）をあらかじめ加算しています。

チラシM

## 所得確認の書類について

3歳～中学3年生のお子さまに交付される「小児医療証」は、保護者の方の所得金額によって交付の可否が決定されます。今回お子さまの医療証が更新を迎えるにあたり所得の調査を行ったところ、保護者の方の所得が確認できませんでしたので、以下の内容をご確認いただき、必要書類をご返送、またはご連絡くださいますようお願いいたします。

※【所得審査の方法】（下記参照）により、ご提出いただくものが異なりますので以下の内容を必ずご確認ください。

### 【所得審査の方法】

- ・横浜市外で課税決定されている場合（＝該当年度の1月1日時点で横浜市外に居住していた場合）、所得審査の方法としては、マイナンバーにより所得情報の照会を行う方法と、「課税証明書（所得証明書）」を提出いただく方法の2通りがあります。（横浜市内で課税決定されている場合、市内の課税情報等を用いて所得審査を行います。）

### <「マイナンバーにより所得の照会を行う方法」について>

- ・他都市から転入してきた場合や、申請者（保護者）が単身赴任等で他都市に居住していた場合には、マイナンバーで当該他都市（課税自治体）に所得情報の照会を行うことにより、「課税証明書（所得証明書）」は不要となります。
- ・ただし、マイナンバーによる所得情報の照会は、他都市（課税自治体）からの回答が得られるまでに一定の時間を要するため、医療証の交付が遅れる場合があります。
- ・なお、所得が未申告の場合や所得情報の照会先が異なっていた場合などには、所得情報に関する回答が適正に得られませんので、その場合は「課税証明書（所得証明書）」の提出をお願いいたします。

マイナンバーにより所得照会を行う場合は、お住まいの区役所保険年金課に「同意書」を提出してください。

- ・同意書には、令和3年1月1日時点にお住まいだった住所をご記載ください。
- ・同意書は「横浜市小児医療費助成」のウェブページに記載されていますので、ダウンロードし、ご記入ください。

URL: <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryohijosei/shoni/child.html>

### <「課税証明書（所得証明書）を提出いただく方法」について>

- ・課税地（※）の市区町村民税担当課から令和3年度（令和2年中）の課税証明書（所得証明書）の交付を受けて、ご提出ください。なお、課税証明書（所得証明書）の交付の方法、手数料などにつきましては、課税地の市 区町村民税担当課へお問い合わせください。  
※課税地・・・令和3年1月1日に住所があった市区町村となります。
- ・小児医療費助成の申請に必要な「課税証明書（所得証明書）」は、以下の項目全てが記載されている必要があります。※源泉徴収票や市民税・県民税特別徴収税額通知書は不可  
・申告されている全ての所得区分とその金額  
・所得から差引かれる全ての控除とその金額  
・年少者扶養の対象人数

課税証明書（所得証明書）を提出する場合は、お住まいの区役所保険年金課にご提出ください。

- ・必ず、ご返送いただく書類の裏面に、対象となるお子さまの氏名・生年月日、ご連絡先、現在交付されている小児医療証の受給者番号（7桁）を明記してください。

### ◎ 申請者（保護者）の住民登録地が横浜市外の場合

マイナンバーによる所得照会をご希望される場合は、個人番号（マイナンバー）を記載していただく必要があります。また、番号確認・身元確認書類の写しのご提出が必要となります。詳細については、お住まいの区役所保険年金課にお問合せください。

### ◎ 課税地の住所が外国のため、課税証明書がとれない方

戸籍の附票、海外勤務等証明書、パスポート（写真があるページと出入国のスタンプがあるページの全て）の写しなど、令和3年1月1日時点で外国にいたことが確認できるものを添付してください。

### ◎ 必要となる年度の所得が未申告の方

課税地の市区町村民税担当課または所轄の税務署に申告のうえ、課税証明書の交付を受けて、ご返送ください。申告の方法等については、あらかじめ課税地の市区町村民税担当課または所轄の税務署にお問い合わせください。

### 所 得 制 限 限 度 額

扶養親族等の数	所 得 制 限 限 度 額
0 人	540万円
1 人	578万円
2 人	616万円
3 人	654万円
4人以上	(扶養が1人増すごとに38万円加算)

この表は、本来の所得制限限度額に、所得計算上考慮される一律の控除額（8万円）をあらかじめ足したものです。

### 所得額の見方（めやす）

（1）所得額は次の額が基本となります。

※不動産・利子・雑所得等、下記以外にも所得がある場合は、合算します。

① 給与所得者の方→「給与所得控除後の金額」（源泉徴収票、税額通知書等に明示）

② 事業所得者の方 → 収入金額から必要経費を除いた額

（2）扶養親族等の数は、所得のあった年の12月31日現在の数です。

（所得税法に規定する同一生計配偶者の方及び扶養親族の方の数）

（3）所得は、保護者の方のものだけを計算します。

（4）「医療費控除」「雑損控除」等を受けている場合、上記の所得額からさらに差し引いて計算します。

[問い合わせ先] 区役所保険年金課保険係

（令和3年6月更新版）

## 所得確認の書類について

3歳～中学3年生のお子さまに交付される「小児医療証」は、保護者の方の所得金額によって交付の可否が決定されます。今回お子さまの医療証が更新を迎えるにあたり所得の調査を行ったところ、保護者の方の所得が確認できませんでしたので、以下の内容をご確認いただき、必要書類をご返送、またはご連絡くださいますようお願いいたします。

※【所得審査の方法】（下記参照）により、ご提出いただくものが異なりますので以下の内容を必ずご確認ください。

### 【所得審査の方法】

- ・横浜市外で課税決定されている場合（＝該当年度の1月1日時点で横浜市外に居住していた場合）、所得審査の方法としては、マイナンバーにより所得情報の照会を行う方法と、「課税証明書（所得証明書）」を提出いただく方法の2通りがあります。（横浜市内で課税決定されている場合、市内の課税情報等を用いて所得審査を行います。）

### <「マイナンバーにより所得の照会を行う方法」について>

- ・他都市から転入してきた場合や、申請者（保護者）が単身赴任等で他都市に居住していた場合には、マイナンバーで当該他都市（課税自治体）に所得情報の照会を行うことにより、「課税証明書（所得証明書）」は不要となります。
- ・ただし、マイナンバーによる所得情報の照会は、他都市（課税自治体）からの回答が得られるまでに一定の時間を要するため、医療証の交付が遅れる場合があります。
- ・なお、所得が未申告の場合や所得情報の照会先が異なっていた場合などには、所得情報に関する回答が適正に得られませんので、その場合は「課税証明書（所得証明書）」の提出をお願いいたします。

マイナンバーにより所得照会を行う場合は、お住まいの区の区役所保険年金課に「同意書」を提出してください。

- ・同意書には、令和3年1月1日時点にお住まいだった住所をご記載ください。
- ・同意書は「横浜市小児医療費助成」のウェブページに記載されていますので、ダウンロードし、ご記入ください。

URL: <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryohijosei/shoni/child.html>

※申請者（保護者）の住民登録地が横浜市外の場合同意書に個人番号（マイナンバー）を記載していただく必要があります。また、番号確認・身元確認書類の写しのご提出が必要となります。詳細については、お住まいの区の区役所保険年金課にお問合せください。

### <「課税証明書（所得証明書）を提出いただく方法」について>

- ・課税地（※）の市区町村民税担当課から令和3年度（令和2年中）の課税証明書（所得証明書）の交付を受けて、ご提出ください。なお、課税証明書（所得証明書）の交付の方法、手数料などにつきましては、課税地の市区町村民税担当課へお問い合わせください。  
※課税地・・・令和3年1月1日に住所があった市区町村となります。
- ・小児医療費助成の申請に必要な「課税証明書（所得証明書）」は、以下の項目全てが記載されている必要があります。※源泉徴収票や市民税・県民税特別徴収税額通知書は不可
  - ・申告されている全ての所得区分とその金額
  - ・所得から差引かれる全ての控除とその金額
  - ・年少者扶養の対象人数

課税証明書（所得証明書）を提出する場合は、お住まいの区の区役所保険年金課にご提出ください。

- ・必ず、ご返送いただく書類の裏面に、対象となるお子さまの氏名・生年月日、ご連絡先、現在交付されている小児医療証の受給者番号（7桁）を明記してください。

◎ 課税地の住所が外国のため、課税証明書（所得証明書）がとれない方

戸籍の附票、海外勤務等証明書、パスポート（写真があるページと出入国のスタンプがあるページの全て）の写しなど、令和3年1月1日時点で外国にいたことが確認できるものを添付してください。

◎ 必要となる年度の所得が未申告の方

課税地の市区町村民税担当課または所轄の税務署に申告のうえ、課税証明書（所得証明書）の交付を受けて、ご返送ください。申告の方法等については、あらかじめ課税地の市区町村民税担当課または所轄の税務署にお問い合わせください。

所 得 制 限 限 度 額

扶養親族等の数	所 得 制 限 限 度 額
0 人	540万円
1 人	578万円
2 人	616万円
3 人	654万円
4人以上	(扶養が1人増すごとに38万円加算)

この表は、本来の所得制限限度額に、所得計算上考慮される一律の控除額（8万円）をあらかじめ足したものです。

所得額の見方（めやす）

（1）所得額は次の額が基本となります。

※不動産・利子・雑所得等、下記以外にも所得がある場合は、合算します。

① 給与所得者の方→「給与所得控除後の金額（給与所得金額）から10万円を引いた額」

（給与所得控除後の金額は源泉徴収票、税額通知書等に記載）

② 事業所得者の方 → 収入金額から必要経費を除いた額

（2）扶養親族等の数は、所得のあった年の12月31日現在の数です。

（所得税法に規定する同一生計配偶者の方及び扶養親族の方の数）

（3）所得は、保護者の方のものだけを計算します。

（4）「医療費控除」「雑損控除」等を受けている場合、上記の所得額からさらに差し引いて計算します。

〔問い合わせ先〕 区役所保険年金課保険係

（令和3年6月更新版）

# チラシ〇

## 〇歳児の医療費助成のごあんない

横浜市では、乳児（〇歳児）を対象に医療費の助成制度があります。この制度を利用するためには、医療証の交付を受ける必要があります。

この医療証の交付を希望される場合は、**同封の申請書に必要事項を記入し、お子さまの名前が記載されている健康保険証のコピーを同封したうえで、返信用封筒に入れてポストに投函してください。**申請に基づいて審査を行ったあと、該当する方に小児医療費助成の医療証を郵送します。

### 1 申請に必要なもの

- ・ 小児医療証交付申請書
- ・ お子さまのお名前の載った健康保険証のコピー
  - \* カード型の場合・・・お子さまのカードのコピー
  - \* カード型以外の場合・・・お子さまと被保険者のページのコピー
- ・ 所得を確認するための書類（マイナンバー照会に関する同意書または課税証明書（所得証明書））  
※市外から転入されている方は必要になる場合があります。  
※誕生月が1月～7月の場合は前々年中の所得、8月～12月の場合は前年中の所得を確認します。

### 2 対象除外者

お子さまが下記のいずれかに該当する場合、ご申請されても小児医療費助成の対象になりません。

- (1) 住所が横浜市内にない方。
- (2) 生活保護を受給されている方。
- (3) 横浜市重度障害者医療費助成事業の対象になっている方。
- (4) 横浜市ひとり親家庭等医療費助成事業の対象になっている方。



### 3 医療証の交付

対象者の申請により、審査のうえ該当された方には、医療証を交付します。

### 4 助成の方法

神奈川県内の医療機関で受診する際に、健康保険証と医療証を窓口で提示すれば、保険診療の自己負担額等を支払う必要がなくなります。

神奈川県外の医療機関等で受診する場合には、いったん窓口で自己負担額等を支払う必要がありますが、後で各区役所保険年金課保険係の窓口に申請することにより払い戻されます。（払い戻しの方法等については、医療証と一緒に渡しする「医療証のしおり」をお読みください。）

### 5 お子さまが1歳になったら...

横浜市では、医療費の助成を受けられる対象が中学3年生までとなっています。

1歳及び2歳の小児医療証の交付に際しては、保護者の所得等の状況で「一部負担金の有無についての判定」を行っています。

0歳の時に医療証をお持ちの方には、お子さまが1歳になる月の末日ごろ、保護者の方の所得等を確認したうえで、新しい医療証をお送りします。

※すでに申請済みの場合は、行き違いですのでご了承ください。

☆ お問合せ先

お住まいの区役所保険年金課保険係給付担当  
または健康福祉局医療援助課

## 《申請書の記入例》

保険証のコピーを必ず添付してください。

こちらにお子様の健康保険証のコピーをホチキスまたはクリップ止めしてください。

### 小児医療証交付申請書(兼同意書)

【申請者(保護者) 氏名】欄について

お子さまを監督・保護し、その生計を同じくしている方です(ご両親ともに所得のあるときは、より所得の高い方。横浜市に住民登録がない方でもより所得の高い方が保護者となります)。氏名を記入してください。

【配偶者(同意者) 氏名】欄について

保護者様に配偶者様がいる場合は、配偶者様の所得金額の調査も必要となります。配偶者様の氏名を記入してください。

【対象小児】欄について

必要事項を記入してください。お子さまの氏名等が印字されていて、その内容に相違があるときは、お手数ですが訂正・加筆をお願いします。

申請者(保護者)は、お子様の生計を維持している方(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
横浜 太郎	横浜 花子

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)	ヨコハマ ミナト	生年月日	性別	男・女
		横浜 みなと	平成24年5月1日	続柄	子・その他( )
対象小児の加入保険情報	住所(〒)	231-0017	電話	045 ( 111 ) 2222	
	保険者名称	○×△□ 健康保険組合			健康保険資格取得年月日 平成 24 年 5 月 1 日
	保険者番号	被保険者本人氏名および生年月日 横浜 太郎 ( 昭和50 年 3 月 1 日生 )			

申請に必要なもの

- ◎お子様の健康保険証のコピー
- ◎所得を確認するための書類(マイナンバー同意書など)

【被保険者本人】欄について

お子さまの健康保険証で下記に該当する方を記入してください。

- 社会保険に加入…被保険者本人の氏名
- 横浜市国民健康保険に加入…世帯主の氏名
- 共済組合、国民健康保険組合に加入

…組合員本人の氏名

(お子さまの氏名ではありませんので、ご注意ください)

備考欄

※処理欄	取得事由			制度該当		資格	不交付	住基	保険	確認
	入力年月日			年 月 日		証交付予定期				
	課長	係長	係員	上記のとおり処理します。						
				起案	年	月				
			決裁	年	月	日				

※処理欄には記入しないでください。

## 小児医療費助成事業のごあんない

横浜市では、小児（入通院中学校3年生まで）を対象に医療費の助成制度があります。この制度を利用するためには、中学校3年生までのお子さまについては申請のうえ、「小児医療証」の交付を受ける必要があります。

このチラシをよくお読みのうえ、該当すると思われる場合にはお住まいの区の区役所保険年金課保険係に申請してください。

### 1 申請に必要なもの

- ・お子さまの加入している健康保険証
- ・所得を確認するための書類（同意書または課税証明書（所得証明書））

### 2 対象とならない場合

お子さまが下記のいずれかに該当する場合、ご申請されても小児医療費助成の対象になりません。

- (1) 住所が横浜市内にない方。
- (2) 生活保護を受給されている方。
- (3) 横浜市重度障害者医療費助成事業の対象になっている方。
- (4) 横浜市ひとり親家庭等医療費助成事業の対象になっている方。

### 3 医療証の交付

1歳及び2歳のお子さまについては、保護者の方の所得等の状況で「一部負担金の有無についての判定」を行い、医療証を交付します。

3歳以上のお子さまについては所得制限がありますので、申請により保護者の方の所得について審査のうえ、該当された場合は医療証を交付します。

### 4 助成の方法

神奈川県内の医療機関で受診する際に、健康保険証と医療証を窓口で提示すれば、保険診療の自己負担額等を支払う必要がなくなります（1歳及び2歳のお子さまは保護者の方の所得が所得基準額以上の場合と、小学4年生～中学3年生のお子さま（保護者の方の所得が非課税の場合を除く）は、通院1回につき500円までの負担があります）。

神奈川県外の医療機関等で受診する場合には、いったん窓口で自己負担額等を支払う必要がありますが、後でお住まいの区の区役所保険年金課保険係の窓口に申請することにより払い戻されます。

### 5 保護者の方の所得制限

保護者とは、対象となるお子さまの生計を主に維持している方です。その保護者の方の所得が所得制限限度額未満であることが必要です。申請をいただいても所得制限限度額を超過している場合は、小児医療費助成制度の対象にはなりません（3歳未満のお子さまを除く）。

なお、所得制限限度額及び所得年については、次の表をご覗ください。

◎すでに申請済み、または区役所窓口で確認済みの場合には、あらためて申請していただく必要はありません。

#### 所得制限限度額（1、2歳は所得基準額）

扶養親族等の数	所得制限限度額
0人	540万円
1人	578万円
2人	616万円
3人	654万円
4人以上	(扶養が1人増すごとに38万円加算)

※この表は、本来の所得基準額に、所得計算上考慮される一律の控除額（8万円）をあらかじめ足したものです。

※扶養親族等の数は、確認を必要とする所得年の12月31日現在の数です。

## 確 認 を 必 要 と す る 所 得 年

### 【0歳から2歳のお子さまの場合】

	お子さまの誕生日	確認する所得年度	課 税 地
転入日から令和3年7月31日までの医療証について	4月2日～7月31日	令和元年度(平成30年)	平成31年1月1日に住所があった市区町村
		令和2年度(令和元年中)	令和2年1月1日に住所があった市区町村
	1月1日～4月1日、8月1日～12月31日	令和2年度(令和元年中)	令和2年1月1日に住所があった市区町村
令和3年8月1日以降の医療証について	4月2日～7月31日	令和2年度(令和元年中)	令和2年1月1日に住所があった市区町村
	1月1日～4月1日、8月1日～12月31日	令和3年度(令和2年中)	令和3年1月1日に住所があった市区町村

### 【3歳から中学3年生のお子さまの場合】

	判 定 所 得 年 度	課 税 地
転入日から令和3年7月31日までの医療証について	令和2年度(令和元年中)	令和2年1月1日に住所があった市区町村
令和3年8月1日以降の医療証について	令和3年度(令和2年中)	令和3年1月1日に住所があった市区町村

- ◎ 所得を確認するための書類を添付の上、申請書をご提出ください。

#### <「マイナンバーにより所得の照会を行う方法」について>

- ・マイナンバーで当該他都市（課税自治体）に所得情報の照会を行うことにより、「課税証明書（所得証明書）」は不要となります。
  - ・ただし、マイナンバーによる所得情報の照会は、他都市（課税自治体）からの回答が得られるまでに一定の時間を要するため、医療証の交付が遅れる場合があります。
  - ・なお、所得が未申告の場合、所得情報の照会先が異なっていた場合などには所得情報に関する回答が適正に得られませんので、その場合は「課税証明書（所得証明書）」の提出をお願いいたします。
  - ・同意書（新規用）は「横浜市小児医療費助成」のウェブページに記載されていますので、ダウンロードし、ご記入ください。

URL: <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryohijosei/shoni/child.html>

#### <「課税証明書（所得証明書）を提出いただく方法」について>

- ・課税地（※）の市区町村民税担当課から課税証明書（所得証明書）の交付を受けて、ご提出ください。なお、課税証明書（所得証明書）の交付の方法、手数料などにつきましては、課税地の市区町村民税担当課へお問い合わせください。
- ・小児医療費助成の申請に必要な「課税証明書（所得証明書）」は、以下の項目全てが記載されている必要があります。 ※源泉徴収票や市民税・県民税特別徴収税額通知書は不可
  - ・申告されている全ての所得区分とその金額
  - ・所得から差引かれる全ての控除とその金額
  - ・年少者扶養の対象人数

※配偶者の「課税証明書（所得証明書）」も原則必要となります。

- ◎ 課税地の住所が外国のため、課税証明書（所得証明書）がとれない方

戸籍の附票、海外勤務等証明書、パスポート（写真があるページと出入国のスタンプがあるページの全て）の写しなど、令和3年1月1日時点で外国にいたことが確認できるものを添付してください。

- ◎ 必要となる年度の所得が未申告の方

課税地の市区町村民税担当課または所轄の税務署に申告のうえ、課税証明書（所得証明書）の交付を受けてください。申告の方法等については、あらかじめ課税地の市区町村民税担当課または所轄の税務署にお問い合わせください。また、課税証明書（所得証明書）の交付については、課税地の市区町村民税担当課にお問い合わせください。

## 3歳から中学3年生までの 医療費助成のごあんない

横浜市では、小児を対象に医療費の助成制度を行っています。この制度を利用するためには、中学3年生までの入通院については「小児医療証」の交付を受ける必要があります。

3歳から中学3年生までの子様に交付する「小児医療証」については、子様の保護者の方の所得金額によって交付の可否が決定されるため、医療証更新の際に所得が基準額を超えている場合、医療証の不交付が決定されます。

しかし、所得判定する年度が替わる際には、新たな年度の所得により判定を行い、その保護者の方の所得が所得制限限度額未満の場合は、申請により新たに医療証を交付します。

申請される場合は、同封の申請書に必要事項を記入し、お子様の名前が記載されている健康保険証のコピーを同封したうえで、返信用封筒に入れて郵便ポストに投函してください。

所得の審査等を行った後、該当する方には小児医療証を郵送します。

### 1 申請に必要なもの

- ・ 小児医療証交付申請書
- ・ お子様の健康保険証のコピー
  - \* カード型の場合 ····· お子様のカードのコピー
  - \* カード型以外の場合 ··· お子様と被保険者のページのコピー

※他市町村から転入された場合など、保護者の方の所得を横浜市が把握できない場合は、所得を確認するための書類が別途必要になることがあります。

### 2 対象とならない場合

お子様が下記のいずれかに該当する場合、申請されても小児医療費助成の対象になりません。

- (1) 住所が横浜市内にない方。
- (2) 生活保護を受給されている方。
- (3) 横浜市重度障害者医療費助成事業の対象になっている方。
- (4) 横浜市ひとり親家庭等医療費助成事業の対象になっている方。

### 3 所得制限

保護者とは、対象となるお子様を監護・保護し、その生計を主に維持している方です。横浜市に住民登録がない方でも、生計を維持している方が保護者となります。その保護者の方の所得が所得制限限度額未満であることが必要です。

申請をいただいても所得制限限度額を超過している場合、小児医療費助成制度の対象にはなりません。

### 4 助成の方法

神奈川県内の医療機関で受診する際に、健康保険証と医療証を窓口で提示すれば、保険診療の自己負担額を支払う必要がなくなります（小学4年～中学3年生のお子様（保護者の所得が非課税の場合を除く）は、通院1回につき500円までの負担があります）。神奈川県外の医療機関等で受診する場合には、いったん窓口で自己負担額を支払う必要がありますが、後でお住まいの区の区役所保険年金課保険係の窓口に申請することにより払い戻されます。

☆ お問合せ先

各区役所保険年金課保険係  
及び健康福祉局医療援助課  
(令和3年7月更新版)

## 《申請書の記入例》

保険証のコピーを必ず添付してください。

こちらにお子様の健康保険証のコピーをホチキスまたはクリップ止めしてください。

### 小児医療証交付申請書(兼同意書)

#### 【申請者(保護者) 氏名】欄について

お子さまを監督・保護し、その生計を同じくしている方です(ご両親ともに所得のあるときは、より所得の高い方。横浜市に住民登録がない方でもより所得の高い方が保護者となります)。氏名を記入してください。

#### 【配偶者(同意書) 氏名】欄について

保護者様に配偶者様がいる場合は、配偶者様の所得金額の調査も必要となります。配偶者様の氏名を記入してください。

#### 【対象小児】欄について

必要事項を記入してください。お子さまの氏名等が印字されていて、その内容に相違があるときは、お手数ですが訂正・加筆をお願いします。

横浜 太郎

横浜 花子

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)	ヨコハマ ミナト	生年月日	性別	男・女
		横浜 みなと	平成17年5月1日	続柄	子・その他( )
対象小児の加入保険情報	住所(〒)	231-0017 横浜市中区港町1-1	電話	045 ( 111 ) 2222	
	保険者名称	○×△□ 健康保険組合		健康保険資格取得年月日 平成 17 年 5 月 1 日	
	保険者番号	被保険者本人氏名および生年月日 横浜 太郎 ( 昭和40 年 3 月 1 日生 )			

#### 申請に必要なもの

- ◎お子様の健康保険証のコピー
- ◎所得を確認するための書類(マイナンバー同意書など)

#### 【被保険者本人】欄について

お子さまの健康保険証で下記に該当する方を記入してください

- 社会保険に加入…被保険者本人の氏名
- 横浜市国民健康保険に加入…世帯主の氏名
- 共済組合、国民健康保険組合に加入

…組合員本人の氏名

(お子さまの氏名ではありませんので、ご注意ください)

#### 備考欄

※処理欄	取得事由		制度該当		資格				
	入力年月日		平成 年 月 日		証交付予定期	平成 年 月 日			
	課長	係長	係員	上記のとおり処理します。		不交付	住基	保険	確認
			起案	年 月 日					
			決裁	年 月 日					

※処理欄には記入しないでください。