

～～福岡市小児慢性特定疾病医療費の償還払いの申請について～～

■ 償還払いとは

受給者証に記載されている自己負担上限額を超えて医療費を指定医療機関等に支払った場合や、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請を行ってから、医療受給者証発行までの間に受診された当該疾病に係る医療費の支払いについて、償還払いの申請手続きを行うことで、医療費の返還対象となる可能性があります。

※まずは医療機関等へ払い戻し等のご相談をしていただき、払い戻し等が難しい場合、償還払いの手続きをしてください。

※発行された医療受給者証の有効期間内における小児慢性特定疾病にかかる医療費の支払いに限ります。

※子ども医療費など、すでに他の制度で助成を受けた医療費は対象外です。

■ 申請手続き

お住まいの区の保健福祉センター健康課（下記参照）で申請してください。必要な書類は、下記①～⑦です。

申請者と口座名義人は原則同一としてください。※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任欄の記載が必要です。

また、対象児が18歳以上であれば、申請者と口座名義人は本人となります。

	書類名	備考	チェック欄
①	福岡市小児慢性特定疾病医療費支給申請書 （様式第10号）	申請窓口にて交付（市HPからダウンロード可）	
②	領収済証明書	指定医療機関等が記載（市HPからダウンロード可）	
③	領収書	月毎の保険診療点数、診療日、金額が記載されているもの	
④	小児慢性特定疾病医療受給者証		
⑤	自己負担上限額管理票		
⑥	振込先口座の確認書類	通帳やキャッシュカード等を持参	
⑦	手続きに来られた方の身元が確認できる書類	運転免許証やマイナンバーカード等、原本を持参	

■ 申請期限

領収日の翌月1日から5年以内

例）令和6年10月1日～31日まで入院し、31日に医療機関へ医療費を支払った場合

【申請期限】令和11年10月31日まで（令和6年11月1日から5年以内）

■ 医療費の支払い

償還払い申請後、指定口座への振り込みまでに2～3カ月程度要します。予めご了承ください。

■ 申請及び問い合わせ先（申請先：お住まいの区の保健福祉センター健康課）

担当課	住 所	電話番号	FAX 番号
東区保健福祉センター健康課	東区箱崎 2-54-27	645-1077	651-3844
博多区保健福祉センター健康課	博多区博多駅前 2-8-1	419-1091	441-0057
中央区保健福祉センター健康課	中央区舞鶴 2-5-1 6F	761-7340	734-1690
南区保健福祉センター健康課	南区塩原 3-25-3	559-5116	541-9914
城南区保健福祉センター健康課	城南区烏飼 5-2-25	831-4261	822-5844
早良区保健福祉センター健康課	早良区百道 1-18-18	851-6012	822-5733
西区保健福祉センター健康課	西区内浜 1-4-7	895-7073	891-9894