

医療費を 10 割負担した場合の返金手続き

① 最初に、加入している健康保険で保険者負担分 7 割（乳幼児の場合は 8 割）の医療費返金手続きをしてください。

② その後、加入の健康保険から支給決定通知が届きましたら、以下のものを用意して、こども家庭課医療費助成班（市役所 2 階）、総合支所、支所または出張所で福祉医療負担分 3 割（乳幼児の場合は 2 割）の医療費返金手続きをしてください。

- ・健康保険からの支給決定通知書
- ・医療費領収書（健康保険へ原本を提出された場合はコピー可）
- ・福祉医療費受給者証
- ・振込口座の口座番号がわかるもの
※振込口座は本人名義（本人が未成年の場合は保護者名義）

お問合せ先

〒740-8585

岩国市今津町一丁目 14 番 51 号

岩国市役所 こども家庭課 医療費助成班

（市役所 2 階）

TEL (0827) 29-5074