（記入例）

申請者記入欄　※ 太線の枠内のみ記入し、押印してください。

令和〇年　〇月　〇日

真　岡　市　長　様

受給資格証の記号番号を記載

受給資格者（申請者）
住所　真岡市〇〇－〇－〇
氏名　真　岡　　花　子　印
電話　〇〇〇－〇〇〇〇-〇〇〇〇

受給資格者の資格者名を記入し押印

受給資格証記号番号		〇〇〇〇〇	加入保険	被保険者氏名	真岡　太郎	
				保険証記号番号	〇〇〇－〇〇〇〇〇	
受診者	氏　名	真　岡　　花　子		保険者 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	生年月日	(S)・H　〇年〇月〇日		名　称	〇〇〇　共済組合 健康保険組合 国民健康保険・真岡市 全国健康保険協会（　　）支部	

振込先 ※新規、変更のある方のみ記入してください。	□変更なし ☑新　規 □変　更	銀行 〇〇信用組合 農業協同組合 / 〇〇支所 出張所 / 支店	預金種別	普通　当座	
		(フリガナ)	モオカ　ハナコ	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
		口座名義	真岡　　花子		
一部負担金2万１千円以上支払った家族の有無				有・(無)	

受給資格者（申請者）名義の口座

受診者以外の家族一人（同一保険に加入）につき１か月に医療費を**２万１千円以上**支払った場合は**「有」**に〇印

申請にあたっての注意事項

１．申請者記入欄を記入してから①、②いずれかの方法で申請してください。
　①　受診者名、保険点数（保険分自己負担額）、負担割合、医療機関名、診療日、入院、外来の別が明記されている医療領収書を、助成申請書の裏面に添付してください。
　※　助成申請書は**医療機関別/月別/入院・外来別**につき１枚必要です。
　②　診療を受けた翌月の10日以降に医療機関へ行き、助成申請書の表面の医療機関記入欄に点数証明を受けてください。

２．高額療養費（附加給付金等）に該当する場合は、窓口での保険診療自己負担分から当該金額を差し引いた医療費を助成します。
　支給された額のわかる**「支給決定通知書」**等又はそのコピーを添付してください。

３．領収書は原則原本添付ですが、原本が必要な方は、申請の際に領収書の原本と一緒に、コピーしたものを提出してください。確認後、領収書の原本は返却します。

４．助成金の請求は、**診療日の属する月の翌月の初日から１年以内（診療月の翌年の同月末日まで）**に申請してください。
　<<例：令和２年５月診療分は令和２年６月１日から令和３年５月末日までが申請期間>>

５．郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、ご自分の住所及び氏名を必ず記入して投函してください。消印日が受付日となります。

６．助成申請書は市役所こども家庭課、市民課、二宮支所で配布しています。また、真岡市ホームページからもダウンロードできます。
　申請者記入欄を記入した上で、コピーをしても結構ですが、コピー後に押印してください。

７．高額療養費（附加給付金等）に該当する可能性がある場合や、申請書等に不備がある場合等で振り込みが遅れることがあります。

問い合わせ先　〒321-4395　栃木県真岡市荒町5191番地
真岡市 健康福祉部 こども家庭課 子育て支援係
TEL　0285-83-8131