

【記入例】

申請する領収書の受診期間に、家族の中で、月に同じ医療機関に2万1千円以上支払をした場合は「有」に○をつけ、何月に支払ったかを記入

申請者記入欄	
学校内で発生したケガや病気ですか	
はい	
自己負担金 2万1千円以上支払った家族の有無	
有 (1 月)	
いいえ	
無	
真岡市長 様	
令和 6 年 4 月 1 日	
申請者 (受給資格者) 【住所】 真岡市 荒町5191	
【氏名】 真岡 もめん	
【電話】 080 (3333) 4444	
受給資格者証 記号番号	12345
記号 — 番号	300 — 654321
受診者	氏 名
	真岡 もめん
	被保険者氏名
生年月日	昭和 平成 令和
名称	元 年 4 月 1 日
振込先	金融機関名
新規、変更がある方のみ記入	足利銀行
□変更なし	フリガナ
□新 規	モオカ モメン
□変 更	口座名義
	真岡 もめん
支 店 名	真岡支店
預金種別	当座 普通
口座番号	1 1 1 1 1 1 1

申請者(受給資格者)名義の口座を記入してください。
過去にひとり親医療を申請したことがあり、そのときと振込先に変更がない場合は「変更なし」にチェックし、口座の記入は不要です。
変更がある場合は「変更」にチェックし、新しい振込先を記入してください。

申請にあたっての注意事項

1. 受給資格取得日以降の保険診療分の医療費を助成します。
2. 「申請者記入欄」を記入し①、②いずれかの方法で申請してください。
①受診者名、診療日、医療機関名、保険点数、負担割合、入院、外来の別が明記されている領収書を持参してください。
貼付は不要です。
②領収書がない場合、診療を受けた医療機関へ行き、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。
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、白黒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. 高額療養費や付加給付に該当した場合は、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。加入している健康保険組合等から送られる「支給決定通知書」等を添付してください。
5. 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6年4月診療分は令和6年5月1日から令和6年5月末日までが申請期間
6. 郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、ご自分の住所およ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。
7. 助成金は申請書を提出いただいた翌月の25日(土日祝の場合は翌営業日)に登録された口座へ入金します。通帳には「モオカシヒトリオヤ」と表示されます。