

学校管理下で発生したけが等で、日本スポーツ振興センターの給付を受けた時は、助成対象外

学校内で発生したけがや病気ですか はい ・ **いいえ**

(記入例)

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入してください。	
真岡市長様		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
受給資格者証 記号番号		〇 〇 〇 〇	
加入		被保険者氏名 真岡花子	
受診者		保険証記号番号 〇〇〇-〇〇〇〇	
氏名 真岡花子		番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
生年月日 S・H〇〇年〇〇月〇〇日		名称 〇〇〇〇 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		預金種別 普通・当座	
<input type="checkbox"/> 変更なし <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更		口座番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有 ・ 無	

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

1. 医療費助成金の申請の手続き

- 受給資格取得日(受給資格者証に記載)以降の診療分について助成できます。
- 領収書に保険点数表示のあるものは、領収書を **受診者別、月別、病院別、入院、外来別** にして、「助成申請書」の裏面にのりで添付してください。
- 領収書に保険点数表示がないものは、診療の翌月に医療機関で前月分の保険点数を「助成申請書」に証明してもらってください。院外処方の薬局も同じです。(証明手数料は自己負担になります。)
- 診療を受けた月の翌月から申請でき、申請月から起算して1年を過ぎると無効になり助成できません。
(例) 令和2年4月診療分は、令和2年5月1日から令和3年4月30日までに提出してください。

2. 助成金の支払方法

申請書を提出していただいた月の翌月の25日(土・日曜日にかかった場合はその後の月曜日)に、登録された口座へ入金します。その際には「モオカシヒトリオヤ」と表示されます。(高額療養費、付加給付金等に該当する場合や、申請書等に不備がある場合は振り込みが遅れることがあります。)
※振込先の金融機関、加入保険証、住所に変更が生じましたら速やかにお知らせください。

3. 助成対象範囲

- 保険診療が適用された医療費の一部負担金を助成します。
- 高額療養費については、**自己負担限度額**を助成します。それを超える医療費は、加入している健康保険より還付されますので、その際には必ず該当月の**支給決定通知書(コピー可)**を添付してください。**入院時の食事療養費は助成されません。**
- 家族療養附加金制度のある健康保険組合については支給される給付金を差引いて助成します。必ず、該当月の**支給決定通知書(コピー可)**を添付してください。(診療してから2~3ヶ月後に決定になります。)
- 税金の医療費控除をしたい方は領収書とコピーをお持ちいただき、確認のうえ領収書をお返しします。また、証明が必要な方はお申し込みください。

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