# ひとり親家庭医療費助成申請書

0°C 9/机外层区原真切风中明音																			
E	申請者記	己入欄		※太線の枠内のみ記入してください。						[ 領収書は裏面に添付してください。]									
<b>*</b> 🖂 +			E	茯								令和	П	年		月		日	
	真岡	) III	長	様	受給資格者 住所 真岡市														
(申請者)									名										
電話																			
五五.4	△/欠 <del>1/</del> ク=	⋭≞⊤					被保険者氏名												
受給資格者証 記 号 番 号									保険証記号番号										
							加入	PNEX											
受	氏 名						保険	保	番	号									
診 者	生年	月日 s·		• H 4	年 月 日			険 者	名	称	国					共済組合 健康保険組合 国民健康保険・真岡市 ( ) 支部			
	先			銀 行 支店 信用組合 支所 農業協同組合 出張所					所	預金種別 普通 · 当座									
※ 新規、変更の ある方のみ記入 してください				記入	(フリガナ) 口座名義							口座番号							
 一部負担金2万1千円以上支払っ						った家	った家族の有無							有 ・ 無					
(注)	(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。																		
医療	医療機関等記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。																		
保険診療証明書(受診者氏名)																			
保険種類 国保・社保・その他 自己					自己負	負担割	担割合 1・2・3 割 特			特定	定疾病療養受療証の有無					有・無			
診療 年月 保険診療合計						計点数													
年	月	入院 日数				外来点数				他法負担点数					備考				
	年 月 日																		

	/口//全小房	. <del>\</del> \dagger		压烧弗				
助	保険診療 合計金額	一 部 負担額	他			自己負担 控除額	控除額 計	医療費 助成額
成	円	円	円	円	円	円	円	F
内								
容								
	計							

医療機関等 所在地

名 称 氏 名 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2	可のみ記入してく:	ださい	0											
	+ 5 +	E 14					令和	ПОС	)年	00	<b>D</b> 月(	00	3	•		
	真 岡 市	長 様														
						資格者		真岡市	市 <b>C</b>	) (	) (	C				
				(	申請	情者)	氏名			岡	花	子		_		
		I		ı			電話		<u> </u>	)—	0	0 (	) (	)		
	給資格者証	0000				被使	呆険者氏	名	真	I I	1 7	花 子				
記	号番号				7	保険	証記号都	号	000-0			0000				
受	氏 名	真 岡 花	子	加。	八	保	番	号	0	0	0	0	) (	0	0	0
文診者	生年月日(	S · HOO年OO月OO目			険	除者	名	称		000				共済組合 健康保険組合 健康保険・真岡 協会())支		市
振込先		□変更なし	農業協同						預金種別		普通・当座					
1/13		<ul><li>✓ 新規</li><li>□ 変更</li></ul>	(フリガナ			: オカ ハナコ 真岡 花子		口座番号		п	)			0		0
			口座名義							ゟ゙	0	0 0	0	0	0	
	一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無 有・ 無															

## 1. 医療費助成金の申請の手続き

- (1) 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。
- (2) 鎖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。
- (3) 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」に証明を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。)
- (4) 診察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

- (1) 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。
- (2) 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。**
- (3) 家族療養が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。)
- (4) 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していただき、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

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」に〇印