

【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)					
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					
受給資格証に記載の受給資格者の名前で申請					【氏名】 真岡 太郎					
					【電話】 080 (1111) 2222 (続柄 母)					
公費番号 6 0 0 9 0 0 9 9					記号 — 番号 300 — 123456					
受給者番号 1 2 3 4 5 6 7					被保険者氏名 真岡 太郎					
受診者	氏名 真岡 いちご					加入保険				
	生年月日 (平成・令和) 25年 4月 1日					保険者番号 0 9 0 0 9 2				
振込先					お子さまの加入保険を記入					
<input type="checkbox"/> 変更なし <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更					金融機関名 足利銀行 フリガナ モオカ タロウ 口座名義 真岡 太郎					
<input type="checkbox"/> 変更なし <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更					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。
過去にこども医療を申請したことがあり、そのとき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、食事療養費を助成します。
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、入院か外来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)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