

# 子ども医療費助成申請書

<b>申請者記入欄</b>		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。											
高根沢町長 様		年 月 日											
		受給資格者 住所 高根沢町											
		(申請者) 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>											
		電話											
受給者番号										被保険者氏名			
										加入		保険証記号番号	
受診者		氏名								加入		番号	
		生年月日		年 月 日						加入		名称	
振込先 変更(有・無)		銀行・信金・信組・農協 本店・支店・本所・出張所											
		(フリガナ) 預金種別 普通・当座											
		口座名義 口座番号											
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有・無			

(注) 高額療養費や附加給付に該当したときは、当該「高額療養費決定通知(支払)書」等の写しを添付して下さい。

<b>医療機関等記入欄</b>		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。 点数・金額の欄は右詰めで記入し、空欄は斜線で引いてください。									
<b>保険診療証明書</b>											
保険種類		国保・社保・その他			自己負担割合 1・2・3 割			特定疾病療養受領証の有無 有・無			
診療年月		保険診療合計点数					食事療養費			他法負担点	備考
年	月	入院日数	入院点数		外来点数		日数	金額(標準負担金)			
計											
年 月 日											
医療機関等 所在地											
名称											
氏名 <span style="float: right;">(印)</span>											

(記入例)

### 〇〇〇医療費助成申請書

申請者記入欄									
高根沢町長		様		年		月		日	
受給資格者				住所		高根沢町〇〇〇 〇-〇-〇			
(申請者)				氏名		高根沢 太郎 印			
				電話		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
受給者番号		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
		加入		被保険者氏名		高根沢 太郎			
		保		保険証記号番号		〇〇〇〇〇〇		〇〇〇	
受診者		氏名		高根沢 柚子		保		番号	
		生年月日		〇〇年〇〇月〇〇日		険		〇〇〇〇〇〇〇〇	
						者		名称	
								〇〇〇健康保険組合	
振込先		〇〇		銀行・信金・信組・農協		〇〇本店・支店・本所・出張所			
変更(有・無)		(フリガナ)		(タカネザワ タロウ)		預金種別		普通・当座	
		口座名義		高根沢 太郎		口座番号		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		

#### 〔申請にあたっての注意〕

- 1 申請書は受診者毎に1枚提出してください。
- 2 保険適用分が助成対象です。(※学校、幼稚園、保育園の管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費については、医療費助成制度の助成対象となりません。)
- 3 次の事項が明記されている領収書を添付してください。(領収書は、申請書にホチキスで留めて提出してください。なお、領収書が複数の場合には、医療機関ごとにまとめて提出してください。)  
【保険点数 ・ 負担割合 ・ 診療科目 ・ 診療日 ・ 受診者名 ・ 入院、外来の別 ・ 領収印】  
※領収書を紛失してしまった場合や上記記載の無いレシート(整骨院等)の場合は、医療機関で下段「医療機関等記入欄」に保険診療証明をもらってください。なお、証明を受ける場合には、申請書は医療機関毎に提出してください。
- 4 1ヵ月毎に支払った医療費が一定額以上になった場合には、高額療養費や附加給付金により加入している保険から還付される場合があります。町の医療費助成は、その金額を除いた額が対象となりますので、該当する方は、加入保険者から交付される「高額療養費決定通知(支払)書」(還付された額が分かるもの)等の写しを必ず添付してください。なお、高額療養費等についての詳細は、加入保険の担当者にご確認ください。
- 5 助成金の請求は、診療月の翌月初日から1年以内に申請してください。1年を過ぎてしまいますと、助成できませんのでご注意ください。
- 6 申請書に記載の際は、保険証、受給資格者証を確認してご記入ください。
- 7 助成金の支払は口座振込みになります。前回の振込みと口座の変更がない場合は、振込先を記入せずに変更「無」に○を付けてください。なお、助成金の支払は、申請月の翌月の第四木曜日を予定しています。
- 8 薬局を除く医療機関ごとに月額500円は自己負担していただきます。(こども医療費については、自己負担はありません。)
- 9 この申請書は、町ホームページからもダウンロードできます。ご利用ください。

《お問い合わせ 高根沢町こどもみらい課 TEL028-675-6466》

申請書は、こどもみらい課(町民広場内改善センター)又は、住民課総合窓口(役場)に提出してください!