

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内に記入、押印の上、必ず受給資格者証を添えて申請してください。

| | | | |
|--|------|------------------------------|---------|
| 上三川町長 様 | | 年 月 日 | |
| | | 受給資格者 住所 (申請者) 氏名 電 話 | |
| 受給資格者証 記号番号 | | 加入 保険 | 被保険者氏名 |
| | | | 保険証記号番号 |
| 受診者 | 氏名 | 保 険 者 | 番 号 |
| | 生年月日 | | 年 月 日 |
| 振 込 先 | | 銀行・組合 支店 預金種別 普通・当座 金庫・農協 | |
| フリガナ | | 口座番号 | |
| 口座名義 | | | |
| ※上三川町の方で、2回目以降の申請のときには記入不要です。 (振込先を変更する場合は、記入してください。) | | | |
| 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。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。
点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|-------------------------|-----------|--|------|---------------|----|-----|--------------|---------|--|-----|--|-----|--|--|--|--|--|
| 保 険 診 療 証 明 書 | | | | | | | | | | (受診者：) | | | | | | | | | |
| 保険種類 | | | 国保・社保・その他 | | | 自己負担割合 1・2・3割 | | | 特定疾病療養受療証の有無 | | | 有・無 | | | | | | | |
| 診療年月 | | 保 険 診 療 合 計 点 数 | | | | 食 事 療 養 費 | | | | 他法負担点数 | | | | 備 考 | | | | | |
| 年 | 月 | 入院 日数 | 入院点数 | | 外来点数 | | 回数 | 金 額 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | 医療機関等 所在地 名 称 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------|--------------|-------|-------------|-------|-------|-----|--------------|
| 助成内容 | 保険診療 合計金額 | 一部負担金 | 控 除 額 の 内 訳 | | | | 医療費 助 成 額 |
| | 円 | 円 | 他法負担額 | 高額療養費 | 付加給付額 | その他 | 控除額計 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 食事療養費 | | | | | | |
| | 合 計 | | | | | | |

《 記入例 》

必ず受給資格者証を添えて申請してください

ひとり親家庭医療費助成申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--------------------------------------|-------|---------|----|------------|------|---|-------|-----------------------|---|---|
| 申請者記入欄 | | ※太線の枠内に記入、押印の上、必ず受給資格者証を添えて申請してください。 | | | | | | | | | | |
| 上三川町長様 | | 平成 31年 4月 1日 | | | | | | | | | | |
| 受給資格者住所 | | 上三川町 しらさぎ1- | | | | | | | | 受給資格者証に記載された受給資格者名を記入 | | |
| (申請者)氏名 | | 上三川 太郎 | | | | | | | | | | |
| 電話 | | 0285-56-9130 | | | | | | | | | | |
| 受給資格者証記号番号 | A 534-30 | | 加入 | 被保険者氏名 | | 上三川 太郎 | | | | | | |
| | | | | 保険証記号番号 | | 100-123456 | | | | | | |
| 受診者 | 氏名 | 上三川 花子 | | 保険者 | 番号 | 0 | 9 | 0 | 5 | 1 | 4 | |
| | 生年月日 | H21年 11月 25日 | | | 名称 | 上三川町 | | | | | | |
| 振込先 | フリガナ カミノカワ タロウ | | 銀行・組合 | △△△△△ | | 支店 | 預金種別 | | 普通・当座 | | | |
| | 口座名義 上三川 太郎 | | 金庫・農協 | | | | | | | | | |
| ※上三川町の方で、2回目以降の申請のときは記入不要です。(振込先を変更する場合は、記入してください。) | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金2万1千円以上支払った家族の有 | | | | | | | | 有 | | | | 無 |

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定書に受給資格者証に記載された受給資格者名義の口座を記入してください。

申請にあたっての注意事項

- 申請方法**：【ひとり親家庭医療費受給資格証】+【申請書】+【保険点数の記載がある領収証】+【印鑑】が必要です。上三川町役場 子ども家庭課 相談支援係、又は、郵送で申請ができます。なお、【ひとり親家庭医療費受給資格者証】の提示が無いときは申請受付ができませんのでご注意ください。 ※助成金の支払いは受給資格者の銀行口座へ振込になります。
郵送申請：【ひとり親家庭医療費受給資格証】+【申請書】+【保険点数の記載がある領収証】を忘れずに同封してください。封筒に差出人名・住所の記載をお願いいたします。申請時の送料は自己負担となります。 ※返信用封筒、返信用切手は必要ありません。
申請期間：診療月の翌月の初日から1年以内が助成対象です。申請期間を過ぎると助成対象外になりますのでご注意ください。(受診された日の翌月1日～翌年同月末日まで)
◀ 例：平成30年4月診療分は、平成30年5月～平成31年4月までが申請期間 ▶
- 保険診療証明書での申請方法**：「ひとり親家庭医療費助成申請書」の「医療機関記入欄」に、診療日の翌月以降、医療機関で証明を受けてください。証明手数料については自己負担となります。
- 高額療養費制度**に該当する場合は添付書類が必要となります。限度額適用認定証交付の申請をした場合は「限度額適用認定証」のコピーを添付、申請をしていない場合は「高額療養費決定(支払)書」(該当せず不支給の場合はその通知書)、又はそのコピーを添付してください。(高額療養費の限度額は標準報酬月額により異なりますのでご確認ください)
また、**付加給付制度**に該当し給付を受けられるときは、「付加給付決定(支払)書」又は、そのコピーを添付してください。(「付加給付制度」は加入の保険組合により異なります)

《 問い合わせ先 》

〒329-0696

上三川町しらさぎ一丁目1番地

上三川町役場 子ども家庭課 相談支援係 (役場1階)

TEL 0285-56-9137

FAX 0285-56-6868

Eメール kodomo01@town.kaminokawa.lg.jp