

記入例

(子ども・ひとり親家庭等) 医療費助成支給申請書

※収受印

※ 受給者番号	記入しないでください。								
フリガナ	アツギ アユコ								
対象者氏名	① 厚木 鮎子	生年月日	② 昭和 平成 令和	〇	年	〇	月	〇	日
医療保険資格について	該当③ 場合には☑をつけてください。 直近 1・5 年間で、保険資格情報に変更があった。 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (保険変更の手続きが必要な場合があります) 同意する場合は、☑をつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 医療助成費支給申請の審査のために、保険医療機関等又は加入医療保険の保険者に 助成対象者の情報を照会することに同意します。								
診療期間	⑤ 令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで								
申請額	⑥ 11,110円(食事療養費、保険外診療等を除く。)								
振込先 金融機関	⑦ 金融機関名	本・支店名		店番号			種別		
	〇〇 銀行 金庫 組合	〇〇 支店 支所 出張所	1	1	1	普通			
※申請者名義の 口座に限る。	口座番号			口座名義 (カタカナで記入)					
	1	1	1	1	1	1	アツギ タロウ		
上記のとおり、(子ども・ひとり親家庭等) 医療費助成事業の医療費の支給を申請します。									
⑧ 令和 〇 年 12 月 10 日									
(宛先) 厚 木 市 長									
住所 厚木市 〇〇町1-1-1									
⑨ 申請者 氏名 厚木 太郎									
※口座名義人と同一 電話 (046) 225 - 2230									
※申請内訳	記入しないでください。								

※欄は記入しないでください。

記入時の注意点

- ①診療等を受けた対象者のお名前を記入してください。
- ②対象者の生年月日を記入してください。
- ③子ども医療費助成(マル子)の場合は直近1年以内、ひとり親家庭等医療費助成(マル親)の場合は直近5年間で、保険資格情報について回答してください。わからない場合には、マイナポータルか資格確認書で保険加入日(資格取得日)を確認できます。
※加入している健康保険が変更した際には、保険変更の届出が必要です。また、直近で加入の健康保険が変わっていない場合でも、現在加入している健康保険について届出をしていない方は、保険変更の手続きをしてください。
- ④同意する場合には☑をつけてください。
- ⑤領収書の診療期間を記入してください。複数の領収書の申請を行う場合は、最も古い診療日と最も新しい診療日を記入します。(1月1日、3月1日、6月1日～6月14日の申請を行う場合は、1月1日から6月14日と記入します。)
- ⑥申請額を記入してください。複数の領収書の申請を行う場合は、合計額を記入します。
- ⑦振込先の口座情報を記入してください。養育者(父母等)の口座に限ります。
- ⑧申請書の提出日を記入してください。
- ⑨申請者の住所、氏名(口座の名義と同一)、電話番号を記入してください。

(1) 領収書(原本)

(2) ひとり親家庭等医療証(コピー) と一緒に御提出ください。

※医療費の保険点数の内訳等が確認できない場合、追加で書類を求め場合があります。

※下記の書類がある方は、併せて御提出ください。

- ・高額療養費、附加給付決定通知書(該当する場合のみ)
- ・他公費の医療証(他公費併用の場合のみ)