

ひとり親家庭等医療費支給申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

草加市長 宛て

住所 草加市高砂一丁目1番地1号

受給者 氏名 草加 花子 (印)

(申請者) 電話・FAX 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。)

次のとおり医療費の支給を申請します。
また、当該申請の審査の際、草加市が健康保険組合に対し高額療養費及び附加給付金の情報を調査・照会することについて同意します。

受給者記入欄

Table with 4 columns: 受給者番号 (0123456), フリガナ (ソウカ イチロウ), 氏名 (草加 一郎), 生年月日 (令和1年5月16日). Includes checkboxes for insurance types like 国民健康保険.

《確認事項》次の項目に該当する場合、○をつけてください。

Table with 2 columns: 学校・保育園の管理下... (はい・いいえ), 申請額が21,000円以上の場合... (はい・いいえ)

※医療費の領収書を裏面に添付してください。その場合、証明書は不要です。

<加入医療保険について>
保険情報わかるもの(※)を見ながら記入してください。
未記入の場合には、支給申請書を返却させていただく場合がございます。
※保険情報がわかるものとは・・・
1. 「健康保険証」
2. 「資格確認書」
3. 「資格情報のお知らせ」
4. 「マイナポータル等の資格情報のコピー」

<確認事項について>
該当する箇所に○の記入をお願いします。
・交通事故や学校等での怪我の場合
「原則」医療助成制度の対象外となります。
・21,000円以上の場合
高額療養費・附加給付金に該当している可能性があります。
「はい」に○がついている場合には、こども政策課から保護者様に確認のご連絡をさせていただく場合があります。

電話

1 受給者の方へ

- (1) 上部受給者記入欄は、記入漏れのないようにしてください。
(2) 領収書で申請する場合、領収書は、患者名、保険点数の記入があるものにしてください。
(3) 医療費請求の有効期限は、領収日の翌日から起算して5年以内です。

2 医療機関等の方へ

- (1) 保険診療一部負担金には、健康保険の対象とならない費用は含めないでください。
(2) 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
(3) 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。この場合は、必ず円と記入してください。

Table with 6 columns: 保険診療一部負担金, 高額療養費, 附加給付, 条例第6条一部負担金, 支給額計(保険分), 支給額計(食事代金)

Table with 12 columns: 課税, 所在, 種別, 登録番号, 区別