

申請者の生年月日・住所等をご記入ください。

1項の規定により、次のとおり医療費等

申請書記入例

申請者情報	申請日	令和 元年 6 月 10 日		児童扶養手当証書等番号 または母子番号	20001234
	フリガナ 申請者氏名	柏 太郎			
	生年月日	昭和・平成	53 年 1 月		
	住所	柏市 柏5-10-1			
	振込先 (変更がある場合は記入)	銀行名	千葉銀行		
		口座番号	1234567	口座名義(加)	カシワ タロウ
保険証	保険証の変更がある場合・不明な場合は受診時に加入していた保険証(保護者・児童)のコピーを提出してください。また同月・同医療機関につき支払が21,000円(保険診療分)を超えた場合は変更の有無に係わらず必ずコピーを提出してください。				
受診者情報	フリガナ 受診者氏名	カシワ ハナコ	生年月日	昭和・平成	30 年 1 月 15 日
	申請者との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 児童		
	診療年月	平成・令和	元年 6 月		

振込口座は申請者ご本人名義の口座のみとなります。また、保険証の変更、同月に同医療機関で保険診療分の支払が21,000円を超えた場合は対象の方の保険証のコピーを提出してください。

受診した方(申請者または児童)の氏名・生年月日・続柄を記入してください。

2. 同月・同医療機関での支払いが21,000円(保険診療分)を超える場合は下記にご署名ください。また、申請する医療費に対し、高額療養費や付加給付の支給決定通知書がある場合はコピーを併せて提出してください。

私は、柏市ひとり親家庭等医療費等助成制度における助成金の算定に必要な高額療養費について、加入する健康保険の保険者に照会することを承諾します。

令和 元年 6 月 10 日 被保険者(世帯主)氏名 柏 太郎 (柏)

同月・同医療機関で保険診療分のお支払いが21,000円を超えると高額療養費や付加給付として、ご加入の健康保険の保険者から助成がある場合があります(限度額認定証を使用していた場合でも、合算で他医療機関で受診した医療費が支給される場合があります。)。これに対してこども福祉課が健康保険の保険者へ問合せするため、同意書の署名をお願いします。また、署名後に問合せをした後に支給するため、支給が遅れることがあります。(支給決定通知書の写しに点数等の内訳等があれば、問合せより早く支給を行うことができます。)

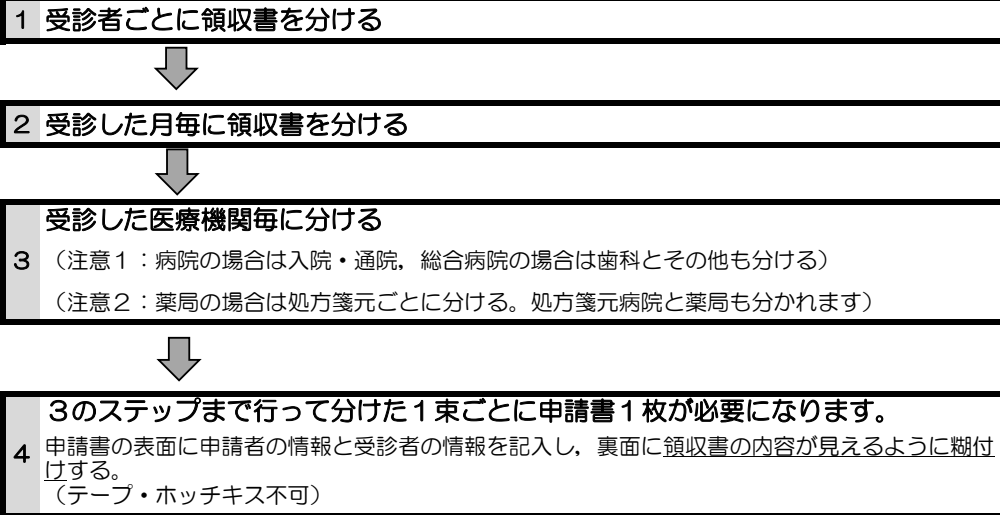
(1) ※該当区分にチェック。通院の場合は診療科に○をつける。	点
(3) 処方箋発行元医療機関名	
(4) 入院延日数 日	(5) 入院時食事療養費の標準負担金 円 ( 円× 食)
(6) 保険診療・調剤額	(7) 証明手数料 <input type="checkbox"/> 無料 ( <input type="checkbox"/> 有料 円)
① 医療費総額(10割額) 円	(8) 保険医療機関または薬局の所在地・名称・取扱者氏名: 上記(1)の受診者について、太枠内のとおり証明します。
② 一部負担額a(3割額等) 円	
③ 公費等対象額(受給券等)	
④ 一部負担額b(窓口支払額)	

領収書がない、領収書に「保険点数」や「保険診療分」の記載がない、受診者名や受診日が分からない等、不備がある場合は「4. 医療機関記入欄」へ受診した医療機関に記入するよう依頼してください。署名及び記入内容にて領収書の代わりに審査し、助成分を支給します。

市 審 査 欄	自己負担額	円	附加給付額	円
	医	円	進 捗 欄	準 備
	食	円		
	薬	円		
計	円			

## ひとり親医療費の申請の仕方（領収書の分け方）

以下の4ステップに沿ってご提出ください。

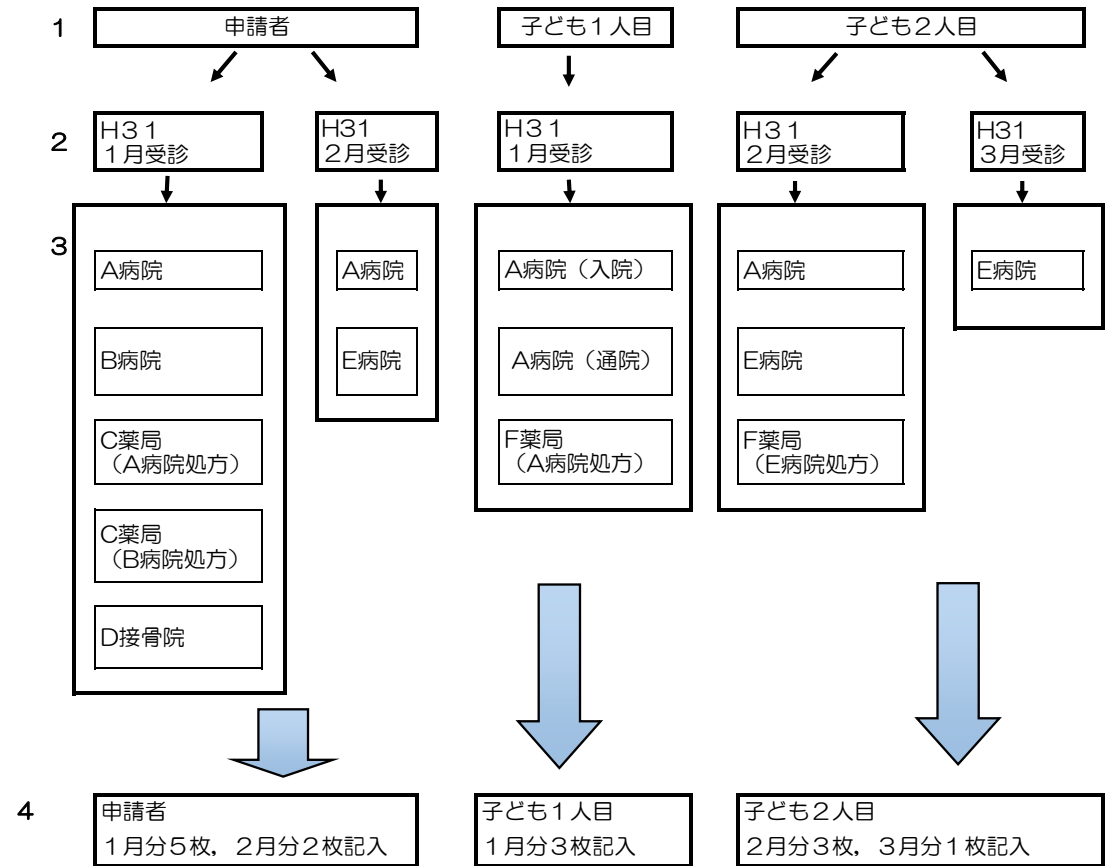


### 【注意：申請で対象外となるものや別途書類が必要なものなどがある場合】

- ※1 申請者（子どもの保護者）については、柏市ひとり親医療費では自己負担分を同月・同医療機関でまとめた1件につき1,000円としていますが、支給する際、100円未満切り捨てて支給するため、保険診療分が1,099円以下の場合、支給対象額はありません。
- ※2 同月・同医療機関で保険診療分が21,000円を超える場合、ご加入される健康保険の保険者から高額療養費や付加給付により、医療費の支給が別途される場合があります。この高額療養費や付加給付が保険者から支給される場合は、先にそちらから支給していただいてから、ひとり親医療費の申請のお手続きをさせていただきようお願いいたします。また、金額の決定後に支給される場合はひとり親医療費への申請から支給までに時間がかかる場合があります。（保険者によっては付加給付がない場合もあります。高額療養費や付加給付等の制度、支給対象となるかといった確認や申請方法等の詳細は各ご加入の健康保険の保険者にお問合せください。）
- ※3 「※2」の高額療養費や付加給付が支給される場合や、保険証を窓口で提出せず10割でお支払いした場合、保険診療で眼鏡、補装具を購入した場合等については、領収書と申請書以外に必要な書類があります。詳しくはこども福祉課（連絡先は下記に記載）へお問合せください。
- ※4 一度提出した内容と同じ内容の申請はできません。  
 (例として、平成31年1月に申請者がA病院を複数回受診した場合、この内容での申請は1回のみしか受け付けませんが、申請者がA病院を2月に受診した場合や、お子様のA病院1月受診分は助成の対象となります。)
- ※5 領収書に受診者の名前がない場合は、領収書の受領時に窓口でお名前を書いてもらうようご依頼ください。また、領収書を見て保険診療分等、審査に必要な内容が分からない場合は、申請書の表面に医療機関の署名（「4. 医療機関記入欄」）をお願いする場合があります。（証明手数料は支給対象になります。）

## ★図で見る申請書の分け方の例（左ページの図示）

※1 8歳以下の子どもの場合、同じアルファベットの場合は、同じ医療機関を示しています。



※申請者の場合、1申請書ごとに自己負担1,000円（100円未満切り捨て）がかかります。

### ★ 申請書の提出は窓口・郵送どちらでも提出できます。

【窓口・郵送どちらも可】※郵送の場合は、領収書を糊付けした状態でご提出ください。

〒277-8505 柏市柏5-10-1 柏市役所 こども福祉課 Tel.04-7167-1595

【窓口のみ受付】

柏市大島田48-1 沼南支所 窓口サービス課 Tel.04-7191-7392