

/	
---	--

柏市子ども医療費助成金交付申請書（償還払）

申請年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

柏市長 あて

申請者 (保護者)		連絡先	-	-
住所	〒 柏市			


子ども医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 子ども 氏名		平成・令和	年	月	日	(生年月日) (未就学・小学校 年生・中学校 年生)
フリガナ 子ども 氏名		平成・令和	年	月	日	(生年月日) (未就学・小学校 年生・中学校 年生)
加入健康保険[コピーを添付] 1 国民健康保険 2 職場の健康保険・共済組合			会計時、限度額認定証を使用しましたか 1 未使用 2 使用した[コピーを添付]			
振込先金融機関		支店コード ()		口座番号		
銀行		支店		普通		
フリガナ 口座名義 (保護者名義)						

ご申請の前に、以下について再度ご確認をお願いします。

添付した書類にチェック☑をつけてご郵送ください。

(添付書類に不足がある場合、一度ご返却の上、再度郵送が必要となりますのでご注意ください)

<input type="checkbox"/> 子どもの保険証のコピー <input type="checkbox"/> 領収書の原本 ※領収の日付(弱視眼鏡代・補装具代金の場合医師の指示書又は処方箋の日付)の翌日から、2年を経過した領収書は受付できません。 ※当月診療分の領収書は翌月以降の申請受付になります。 ※学校内での傷病で、日本スポーツ振興センターの災害共済給付が適用される医療費は対象外になります。 ※保険者に領収書原本を提出している場合のみ、コピーでも受付可能です。 ※すでに確定申告の医療費控除に申請済みの領収書は受付できません。		市使用欄 領収書枚数 枚 
<保険証を使わずに受診した場合> <input type="checkbox"/> 保険者の支給決定通知書のコピー (保険者に申請が必要です) <弱視眼鏡代・補装具代金の申請の場合> <input type="checkbox"/> 保険者の支給決定通知書・医師の指示書又は処方箋のコピー		
<1か月で80,000円以上の医療費がかかった(高額療養費に該当する)場合> <限度額認定証を使用した場合> <input type="checkbox"/> 限度額認定証のコピー <限度額認定証を使用していない場合> (先に保険組合にご申請ください) <input type="checkbox"/> 保険者の支給決定通知書・不支給決定通知書のコピー		
<他の助成制度を併用された場合(小児慢性特定疾病・育成医療など)> <input type="checkbox"/> 併用した制度の受給者証などのコピー <input type="checkbox"/> 併用した制度の該当月の自己負担上限管理ノートのコピー		
【領収書原本の返却をご希望のかた】 <input type="checkbox"/> 領収書の原本とコピー両方 (原本に確認スタンプを押して返却します) <input type="checkbox"/> 切手を貼った返信用封筒 (領収書原本の返却を郵送でご希望の場合)		

1枚で21,000円以上の領収書はありますか？

1. 無 2. 有 該当番号に○

- ↓ ※有の場合、以下の承諾書にご署名ください。 注) 組合員ご本人様氏名のみ、ご家族氏名不可
- ↓ ※高額療養費等の支給金額決定後の償還になる為お振込みに4か月以上かかる場合もあります。
- ↓ ※全国健康保険協会ご加入の方は「支給/不支給決定通知書」が必要です。別紙をご覧ください。

高額療養費等に係る承諾書

私は、柏市子ども医療費助成制度における助成金の算定に必要な高額療養費及び付加給付金の内容について、保険者に照会することを承諾します。

令和 年 月 日 被保険者(組合員) 署名 _____