

21,000円 高額 限度額 眼鏡 装具 小慢 育成 100%

R6. 12～

柏 市 長 あて

/	
---	--

柏市ひとり親家庭等医療費給付申請書

申請年月日	令和 年 月 日	児童扶養手当証書等番号 または受給者番号	
保護者		連絡先	— —
住所	〒 — 柏市		

領収書の内容を医療機関に照会する場合があります。照会に承諾いただけるかたはチェックしてください。
☐医療機関に照会することを承諾します。

次の通り、柏市ひとり親家庭等医療費の給付を申請します。

受診者情報				収受印欄	
フリガナ 受診者氏名	生年月日	申請者との続柄		※市使用欄	
		☐ 本人	☐ 児童		
	昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 本人	☐ 児童		
	昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 本人	☐ 児童		
	昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 本人	☐ 児童	入力	
	昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 本人	☐ 児童	確認	

振込先	▼登録済みの口座を希望する（過去に申請し振込があったかたのみチェックしてください。）		
	☐ ひとり親医療費 支給口座	☐ 児童扶養手当 支給口座	☐ 遺児手当 支給口座
☐ 新たな口座を希望する（口座情報をご記入ください。）			
銀行名：	銀行 支店名：	支店	口座番号
	支店コード（	）	普通
フリガナ 口座名義（保護者名義）			

領収書の枚数	計	枚
--------	---	---

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）被保険者ご本人様氏名のみ、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。
高額療養費等に係る承諾書
私は、柏市ひとり親家庭等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、保険者に照会及び保険者が回答することを承諾します。
令和 年 月 日 被保険者（組合員）署名

(添付書類に不足がある場合は、ご返却します。再度提出が必要となりますのでご注意ください)

証明手数料	☐ 無料 ☐ 有料（ ）円）		※保険診療分のみご記入ください。		
受診者名			生年月日	S・H・R 年 月 日	
医療機関名	医療機関または薬局の所在地・名称・取扱者氏名：上記受診者について太枠内の通り証明します。 所 在 地 名 称 代表者氏名				
受診月	令和 年 月		☐ 入院 延日数 日 ☐ 通院 食事療養費の標準負担金 円 ☐ 調剤		
月内診療日	① 総医療費 (10割)	② 保険負担額 (7割又は8割)	③ 一部負担額a (2割又は3割) (①－②)	③のうち他法公費負担医療による公費負担額	一部負担額b (窓口支払額)
日	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円