

柏市長あて

記入例

柏市ひとり親家庭等医療費給付申請書

申請年月日	令和 5 年 8 月 1 日	児童扶養手当証書等番号 または受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
保護者	柏 太郎	連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 柏市 柏〇-〇-〇		
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	
カシワ タロウ 柏 太郎	昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇〇日	☒ 本人	☐ 児童		
カシワ ハナコ 柏 花子	昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇〇日	☐ 本人	☒ 児童	準備	
カシワ イチロウ 柏 一郎	昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇〇日	☐ 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：	〇〇 銀行	支店名：	〇〇 支店	口座番号		
		支店コード（	1 2 3 ）	普通	1	2
					3	4
					5	6
					7	
フリガナ 口座名義（保護者名義）	カシワ タロウ 柏 太郎					

領収書の枚数	計 5 枚
--------	-------

1枚で21,000円以上の領収書はありますか？

1. 無 2. 有 該当番号に〇

- ↓※直の場合、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 5 年 8 月 1 日 被保険者（組合員）署名 柏 太郎

ご申請の前に、以下について再度ご確認ください。

添付した書類にチェック☑をつけてご郵送ください。

記入例

(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)

☒	領収書は原本ですか？※保険組合等に原本を提出した場合は写しで可(高額、装具、眼鏡等)
☒	医療保険加入情報が変更になった場合は、医療保険加入情報が確認できるものの写しを添付しましたか？
☒	領収書の自己負担額が21,000円を超える場合、同意書欄を記入していますか？
☒	限度額認定証を使用した場合は、限度額認定証の写しは添付しましたか？

★下記をご確認のうえ、該当する場合は記載の添付書類も併せてご提出ください。

▼他の医療費制度(小児慢性特定疾病・育成医療など)を使用した場合

☐	①併用した受給者証の写し	☐	②自己負担上限管理ノートの写し
--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------

▼弱視眼鏡代・補装具の申請をする場合(購入費用の全額が保険給付の対象になるとは限りません。)

☐	①領収書の写し	☐	②保険者の支給決定通知書
☐	③医師の指示書		

▼医療保険加入情報が確認できるものを提示せずに受診した場合

☐	①ご加入の保険組合に申請のうえ、支給決定通知書と領収書の写し
--------------------------	--------------------------------

▼領収書原本の返却を希望する場合

☐	領収書の原本と写し両方(原本に確認スタンプを押して返却します)
☐	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)

《次に該当するかたのみ》

◎領収書を紛失されたかた：受診した医療機関等が記入及び押印による証明をし、領収書の代わりとして申請することができます。(証明に係る手数料は自己負担となります。医療機関の押印が必要です。)

◎受診日が複数日記載の領収書を提出するかた：各受診日の医療費内訳を下記に記入し、領収書原本を添付のうえ申請してください。(医療機関に確認し記入してください。医療機関の押印は不要です。)

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 食事療養費の標準負担金 円 ☐ 通院 ☐ 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