

記入例

/

柏市子ども医療費助成金交付申請書（償還払）

柏市長 あて

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 氏名 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 柏市 柏〇-〇-〇

次の通り、子ども医療費助成金の給付を申請します。※保護者のかたがご申請ください。

受診者情報
子ども フリガナ氏名 カシワ ハナコ 生年月日 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (未就学・小学生・中学生 高校生相当年齢)
フリガナ氏名 カシワ シロウ 生年月日 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (未就学・小学生・中学生・高校生相当年齢)
振込先金融機関 〇〇銀行 支店コード(〇〇1) 口座番号 普通 1 2 3 4 5 6 7
口座名義(申請者名義) ※カタカナで記入 カシワ タロウ

※同一月、同一医療機関に通院6回以上、入院11日以上の場合のみ記入。
令和5年8月受診分から、月額上限が適用され、通院6回目以降、入院11日目以降の300円の自己負担額が無料となります。
※月額上限の適用を受ける場合は、該当の医療機関の1ヶ月分の領収書を全て提出してください。
※月額上限の適用を受けないかた、通院・入院の自己負担額が無料のかたは記入不要。

月額上限適用を申請します。
子ども氏名 柏花子 医療機関名: △△病院
通院 7 日間(受診 R〇年 8月 3,5,7,9,13,15,31日)
入院 15 日間(受診 R〇年 10月 2~16日)
子ども氏名 柏花子 医療機関名: △△病院
通院 6 日間(受診 R〇年 10月 18~23日)
入院 日間(受診 年 月 日)
市使用欄 領収書枚数 枚
收受印

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
↓※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。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、保険者に照会及び保険者が回答することを承諾します。
令和 〇年 〇月 〇〇日 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は返却します。再度提出が必要となりますのでご注意ください。

<input checked="" type="checkbox"/>	保険診療分の領収書ですか？（予防接種，診断書料等保険診療外のみの場合は，助成対象にはなりません。保険証を使わずに受診した場合は下の④を参照ください。）
<input checked="" type="checkbox"/>	領収書は，受診の翌月以降のもので，1ヶ月分の領収書を全て提出しましたか？ ※月額上限の適用を受けたい場合（同一月，同一医療機関に通院6回以上，入院11日以上した場合）は，医療機関窓口で支払った額が300円未満であっても提出してください。
<input checked="" type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	領収書の原本の返却が必要な場合には，領収書の原本と写しの両方及び切手を貼った返信用封筒（郵送での返却を希望する場合のみ）を添付しましたか？ ※添付されていない場合には，原則，原本の返却には応じられません。 ※切手は，領収書の枚数に合わせて必要となる金額分を封筒に添付してください。不足する場合には，料金受取人払い郵便で返送します。 ※領収書原本を返却する際には，領収書原本に確認スタンプを押して返却します。
<input checked="" type="checkbox"/>	子どもの保険証の写しは添付しましたか？
<input checked="" type="checkbox"/>	領収書の自己負担額が21,000円を超える場合，表面の「高額療養費等に係る承諾書」欄を記入していますか？全国健康保険協会に加入のかたは，高額療養費の決定・不支給通知を添付していますか。（先に全国健康保険協会に高額療養費の申請をしてください。） ※高額療養費，付加給付が受けられる場合は，その分を差し引いた額を助成します。先にご加入の健康保険組合等にお手続きの上，支給決定通知等を添付してください。

★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。

①限度額適用認定証を使用した場合

<input checked="" type="checkbox"/>	限度額認定証の写し
-------------------------------------	-----------

②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

<input type="checkbox"/>	併用した受給者証の写し	<input type="checkbox"/>	自己負担上限管理ノートの写し
--------------------------	-------------	--------------------------	----------------

③弱視眼鏡代・補装具の申請をする場合

<input type="checkbox"/>	領収書の写し	<input type="checkbox"/>	保険者の支給決定通知書
<input type="checkbox"/>	医師の指示書		

④健康保険証を使わずに受診した場合

<input type="checkbox"/>	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
--------------------------	-------------------------------

⑤その他

<input checked="" type="checkbox"/>	接骨院等で通院1回ごとの領収書が発行されない場合，領収書に 必要事項 等の記載がない場合，領収書を紛失した場合等は，別紙※の提出が必要になります。
-------------------------------------	--

※別紙にご記入いただく際は，下記**必要事項**が記載されていることをご確認ください。

（医療機関により項目名が異なる場合があります）

- ・受診者名，受診日，領収金額，医療機関名
- ・保険点数（または保険診療分の受診者負担額）



※制度の詳細，別紙のダウンロードは柏市ホームページから→