

ひとり親家庭医療費記入見本

○1枚目は必ず、申請日・住所・氏名・連絡先・加入保険を記入してください。
 ○加入保険は、受給資格者証のとおり記入してください。
 ただし、健康保険の変更がある場合は、変更後の保険証の情報を記入してください。また、変更届も必要となりますので新しい保険証をご持参ください。
 ○2枚目からはこの部分は記入不要です。

申請者記入		佐野市長様		受給資格者(申請者)		住所 佐野市 ○○ 町 ○○ 番地		○○年○○月○○日	
		2枚目からはこの3カ所のみ記入してください。				氏名 佐野 ○ ○			
						電話 ○○-○○○○			
受給者番号		○○○○○○○		加入保険		被保険者氏名		佐野 ○ ○	
受診者	氏名	佐野 ○ ○				保険証記号番号		○○○○○○○ ○○○	
	生年月日	○○年○月○日				番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
振込先		変更なし		※振込先を変更する場合は、変更届が必要となります。受給資格者証・受給資格者の通帳をご持参の上、手続きをしてください。					
		変更あり							
同一月かつ同一保険において一部負担金 21,000 円以上支払った家族の有無							有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		

1カ所の医療機関で保険診療の自己負担を月 21,000 円以上支払った他に、別の医療機関や同一保険の家族に月 21,000 円以上の支払いがある場合は『有』を○で囲んでください。

- ※ 受給資格者名はそれぞれの受給資格者証を確認して記入してください。
- ※ 振込先を、変更する場合は変更届が必要となります。(新しい通帳を持参してください。)
- ※ 2枚目以降の申請書は「受給者番号」・「受診者氏名」・「生年月日」のみの記入でも構いません。

申請にあたっての注意事項

- 受診者氏名、保険点数、負担割合、診療科目、診療月などが明記されている領収証を添付し申請してください。ただし、保険診療分の点数証明による申請を行う場合は、医療機関にて保険診療証明書を記入してもらってから申請してください。
- 助成申請書は、**医療機関ごとに一枚**、院外処方薬局も別に一枚必要となります。
- 同じ医療機関の領収証が数カ月ある場合は、1枚の申請書に受診月ごとに段違いに添付し申請してください。
- 1か月の保険診療分が高額療養費や家族療養付加給付金に該当したときは、加入保険者から通知される療養費決定(支払)通知書またはそのコピーを必ず添付してください。
- 助成金については、**薬局を除く医療機関等ごとに月500円の自己負担を差し引いた金額となります。**
総合病院では、複数の診療科を合計して月500円の自己負担となりますが、歯科の診療分は他の診療科と合計せず月500円の自己負担を差し引いた金額です。
- 申請の**受付期限**は、診療日の属する月の翌月から**1年以内**です。
 例：令和3年4月診療分→令和3年5月から令和4年4月末日まで(期限後は受付できません)
- 助成金の支払いは原則として申請書を受け取った月の翌月末に、受給資格者名義の口座に振り込みます。通帳を記帳して確認してください。

※医療費助成の申請には領収書の原本が必要となります。原本が必要な場合は、ご自分でコピーをとり、原本と一緒に持ちください。照合してから原本をお返しします。
 (ひとり親家庭医療費の助成を受けたものは、確定申告の対象にはなりませんのでご注意ください。)

お問い合わせは 佐野市こども課 こども支援係 TEL0283-20-3023