

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄		※ひとり親家庭医療費受給資格者証を見て、太枠の枠内のみ記入してください。							
		年 月 日							
さくら市長 様		受給資格者住所 (申請者)		さくら市					
		氏名							
		電話		— —					
受給資格証記号番号				被保険者氏名					
受診者	フリガナ			記号番号					
	氏名			番号					
	生年月日	年 月 日		名称		健康保険組合 国民健康保険 共済組合 全国健康保険協会 支部			
振込先		銀行		支店		預金種別		普通・当座	
		※記入不要です。登録された指定口座に振込みます。							
		口座名義(フリガナ)		口座番号					
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無						有 ・ 無			

(注)・高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

領収書は、はせるもの(クリップ・ホチキス等)でこの部分に止めてください。

医療機関記入欄		※領収書の紛失等の場合は、医療機関や薬局で保険診療の点数証明を受けてください。								
保 険 診 療 証 明 書										
保険種類		国保・社保・その他			自己負担割合 1・2・3割			特定疾病療養受領書の有無 有・無		
診療年月		保 険 診 療 合 計 点 数					食 事 療 養 費		他 法 負 担 点 数	備 考
年	月	入院日数	入 院 点 数		外 来 点 数	回 数	金 額 (標準負担額)			
年 月 日		医療機関等			所在地					
					名 称					
					氏 名		印			

(記入例)

申請者記入欄 ※ひとり親家庭医療費受給資格者証を見て、太枠の枠内のみ記入してください。

〇〇年〇〇月〇〇日

さくら市長 様

受給資格者住所 (申請者) **さくら市氏家2771番地**

氏名 **桜 花子**

電話 **080-000-0000**

資格証番号はひとり親家庭医療費受給資格者証を見て記入してください。

日中連絡がとれる電話番号の記入をお願いします。

受給資格証記号番号	〇〇〇〇		加入保険者氏名	桜 花子	
受診者	フリガナ	サクラ ハナコ	加入保険	保険証記号番号	〇〇〇 〇〇〇〇
	氏名	桜 花子		番号	〇〇〇〇〇〇
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		〇〇〇	〇〇〇
振込先	銀行 支店 預金種別 普通・当座 ※記入不要です。登録された指定口座に振込みます。 口座名義(フリガナ) 口座番号				健康保険組合 国民健康保険 共済組合 全国健康保険協会 支部
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無					有・無

保険証に記載されている記号番号です。資格証にも記載されています。

保険証に記載されている保険者番号です。

振込先を変更する場合は、変更届が必要になります。

(注)高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

■申請にあたっての注意事項

- 医療機関等の窓口で保険診療の自己負担分及び入院時食事療養費を支払った場合、この助成申請書に領収書を(患者名、保険点数、入院・外来の別、負担割合の記載のあるもの)を添付していただくか、点数証明を受けてさくら市子ども政策課又は喜連川市民生活室に提出して下さい。
- 医療機関等で点数証明を受ける場合は、診療を受けた翌月の10日以降に、申請者記入欄に記入してから前月診療分の点数証明をもらって申請してください。証明手数料は自己負担になります。
- 1か月の医療費が、以下に示す自己負担月額限度額を超えた場合、超えた分が現在加入されている保険組合から「高額療養費」が支給されますので、助成申請をする前に保険組合に高額療養費支給申請をしてください。手続き後、「高額療養費決定(支払)通知書」が届きましたら、助成申請書にその通知書と領収書を添付してさくら市子ども政策課又は喜連川市民生活室に提出して下さい。

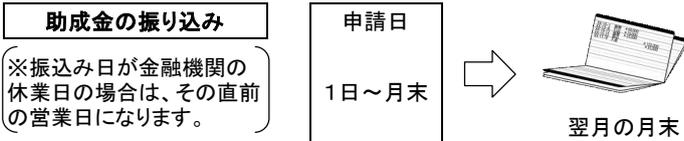
【高額療養費にかかる自己負担月額の限度額】平成27年1月診療分から

区分	所得要件	自己負担月額限度額	多数該当
ア	所得※が910万円を超える	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
イ	所得が600万円以上901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
ウ	所得が210万円以上600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)1%	44,400円
エ	所得が210万円以下(住民税非課税世帯を除く)	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※所得とは、国民健康保険税(料)の算定の基礎となる「基礎控除後の総所得金額等」のことです。

- 助成金の請求は、診療日の属する月の翌月から12か月以内に申請してください。お手数でもひとり親家庭医療費受給資格証を確認して申請書にご記入ください。助成金の支払いは口座振込みになります。

(例) <令和5年4月診療分は、令和5年5月から令和6年4月までが申請期間です。>



- 薬局を除く医療機関(医科と歯科は別)ごとに入院・外来別で月額500円の自己負担があります。
- 郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、受給資格者様の住所氏名を必ず記入して投函してください。
- 申請書は1つの医療機関(医科・歯科・調剤薬局等)につき1枚必要になります。

<お問い合わせ先> さくら市子ども政策課 喜連川市民生活室	028-681-1125 028-686-6611	<郵送先> 〒329-1392 さくら市氏家2771番地 さくら市役所 子ども政策課 宛て
----------------------------------	------------------------------	--