様式第6号(第8条関係)

日光市ひとり親家庭医療費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | | | ※太線の枠内のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　日光市長　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受給資格者　住所  (申請者)　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日中連絡のつきやすい電話番号　　　　―　　　 ― | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  | | 加入保険 | 被保険者氏名 | | □受給資格者本人  □受給資格者以外（　　　　　　） | | | | | | | | |
| 記号番号 | |  | | | | | | | | |
| 受診者 | 氏名 | □受給資格者本人  □受給資格者以外（　　　　　　） | | 保　険　者 | 番　　号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 名称 | □日光市国民健康保険  □全国健康保険協会　　　　　支部  □　　　　　健康保険組合・共済組合  □ | | | | | | | | |
| 生年月日 | S・H　　　　年　　月　　日 | |
| 振込先 | | 銀行　　　　　　　　支店　　預金種別　　普通・当座  (フリガナ)  口座名義　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金21,000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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等証明欄 | | | | | ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。  　点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線で引いてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | 特定疾病療養受療証の有無　有・無 | | | | | | | |
| 診療年月 | | 保険診療合計点数 | | | | | | | | | | | | | 他法負担点数 | | | | | | 備考 |
| 年 | 月 | 入院日数 | 入院点数 | | | | | | 外来点数 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　医療機関等  所在地  名称  氏名　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成内容 | 保険診療合計金額 | 一部負担金 | 控除額の内訳 | | | | | 医療費助成額 |
| 他法負担額 | 高額療養費 | 付加給付額 | 自己負担控除額 | 控除額計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |

2025.1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | | | ひとり親家庭医療費助成申請書記入例 | | | | | | | | | | | | |
| 令和　○年　○月　○日  日光市長　　様  受給資格者　住所　日光市○○町○－○－○  （申請者）　氏名　栃　木　花　子  日中連絡のつきやすい電話番号　○○○－○○○○－○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | ○○○○○○○○ | | 加入  保険 | 被保険者氏名 | | | ☑受給資格者本人  □受給資格者以外（　　　　　） | | | | | | | | |
| 記号番号 | | | ○○○　　○○○○ | | | | | | | | |
| 受診者 | 氏　　名 | ☑受給資格者本人  □受給資格者以外（　　　　　　） | | 保険者 | 番　　号 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 生年月日 | S・H　　○年　○月　○日 | | 名　　称 | | □日光市国民健康保険  ☑全国健康保険協会　○○　支部  □　　　　　健康保険組合・共済組合  □　○○健康保険組合 | | | | | | | | |
| 振　込　先 | | 銀行　　　　　支店　　預金種別　　　普通 ・ 当座  **別の医療機関や受診者以外の同一保険の家族に21,000円以上支払がある場合は『有』に〇をつけてください。**  （フリガナ）  　口座名義　　　　　　　　　　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 | | | | | | | | | |

***申請にあたっての注意事項***

１．申請者記入欄に受給資格者証・保険証を確認のうえ記入してください。

助成申請書は医療機関、薬局分をまとめて受診者ごとに1枚必要になります。

また、加入保険や住所、氏名等が変更になった場合は手続が必要です。

　　 ◆**領収書を添付して申請する場合**

▶領収書に次の項目が記載されているかご確認のうえ添付してください。

**受診者名・保険点数（保険分自己負担額）・負担割合・診療日・入院外来の別・医療機関名・領収印**

▶１か月（同じ月に受診した）分の領収書は必ずまとめて申請してください。〔複数月分まとめて申請可能〕

▶領収書は原本を添付してください。領収書の原本が必要な場合は、**各自でコピーをとり、必ずコピーと原本の両方をお持ちください。**相違ないことを確認した上で原本はお返しします。

（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。）

▶申請書に領収書を、**クリップ・ホチキス**などのはずせるもので添付してください。

▶領収書を紛失してしまった場合は、医療機関で「医療機関証明欄」に保険点数の証明を受けてください。

**◆医療機関等で保険点数の証明を受けて申請する場合**

**▶**あらかじめ申請者記入欄に記入して、診療を受けた翌月10日以降に医療機関に保険点数の証明をもらって申請してください。（証明手数料がかかる場合があります。証明手数料は自己負担です。）

２．１か月ごとに支払った医療費が一定額以上になった場合には、高額療養費や付加給付金に該当しますので、加入保険者からの**「高額療養費決定(支払)書」(還付された額のわかるもの)**又はそのコピーを必ず添付してください。なお、高額療養費等についての詳細は、加入保険者にお問い合わせください。

３．**申請書の受付**は、受診した月の**翌月**からになります。

４．助成金の**申請期限**は、診療月から**１年以内**です。（**期限を過ぎると受付できません**）

〔例　１月に受診した場合・・・２月１日から翌年の１月３１日までが申請受付期間〕

５．郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、ご自分の住所氏名を必ず記入して投函してください。

消印日が受付日となります。重さにより郵送料は変わりますのでご注意ください。

６**．**助成金の支払いは、申請書を提出した月の翌月20日に指定の口座に振込みになります。ただし、高額療養費に該当

(21,000円を超えている場合)する可能性がある場合等、確認が必要な時は支払いが遅れることもあります。

７．申請書は日光市ホームページからダウンロードできます。

問い合わせ先　　　**日光市役所　　　子ども家庭支援課**　　TEL ０２８８－２１－５１０１

〒３２１－１２９２　　栃木県日光市今市本町１番地

※　助成申請書は、子ども家庭支援課、各行政センター市民サービス係、健康課、各地区センター・出張所に提出してください。