

# ひとり親家庭等医療費助成 郵送による償還払い(払い戻し)申請について

※必ずお読みください。

2ページ目に記入例 3ページ目に申請書があります。

## 必要書類

1. ひとり親家庭等医療費助成事業 医療助成費支給申請書〔全員〕
2. 医療機関等の領収書の原本〔全員〕  
※健康保険組合等への給付の申請をした場合のみ、領収書の写しでも受付できます。
3. 受診者の健康保険情報〔全員〕
4. 健康保険組合等からの支給決定通知の写し〔補装具作成等、10割負担した場合〕
5. 医師の診断書、作成指示書等の写し〔補装具作成等をした場合〕

## 手続き方法

1. ひとり親家庭等医療費助成事業医療助成費支給申請書に記入してください。
2. 上記必要書類を同封し、平塚市こども家庭課へ郵送してください。
3. 平塚市へ書類が到着した翌月20日前後に御指定いただく申請者本人の口座へ振り込みます。  
※振込の5日前頃に支給決定通知書を送付します。

## 注意事項

- ・書類不備の場合は振り込みが遅れる場合があります。
- ・自己負担額が高額の場合(20,000円以上、健康保険組合等の規定による)の医療費を支払ったときは、高額療養費、付加給付金に該当する可能性があります。申請方法は健康保険組合等によって異なるため、健康保険組合等に御確認ください。該当する場合、健康保険組合等の支給決定通知を受け取られてから申請してください。
- ・健康診断や予防接種等、健康保険適用外のもの是对象になりません。
- ・郵便事故による領収書の紛失については責任を負いかねます。
- ・領収書のコピーが必要な場合は、事前にご自身で準備してください。
- ・振込希望金融機関は、申請者(親)の方の口座を指定してください。

## 提出先

〒254-8686  
平塚市浅間町9番1号  
平塚市こども家庭課 児童手当・医療担当

医療費助成 申請書在中

こちらを切り取り、封筒に貼る等ご利用ください。

ひとり親家庭等医療費助成事業  
医療助成費支給申請書

記入例

(提出先)  
平塚市長

年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者住所                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                 |
| 平塚市                                                                                                                                                                                                                       | 浅間町9番1号                                                                                                                         |
| TEL 090-1111-1111                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |
| 氏名 平塚 花子                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |
| 加入医療保険の状況                                                                                                                                                                                                                 | 保険の種類<br><input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 被保険者(世帯主・組合員)氏名<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                           | 被保険者記号                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                           | 保険者番号                                                                                                                           |
| 資格確認書等の写しを添付できる場合、下記に☑をしてください。記号・番号等の記入不要です。                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 保険情報コピー参照(別添)                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |
| 対象者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                     | 受給者番号                                                                                                                           |
| 平塚 太郎                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                 |
| 対象者氏名                                                                                                                                                                                                                     | 受給者番号                                                                                                                           |
| 平塚 二郎                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                 |
| 対象者氏名                                                                                                                                                                                                                     | 受給者番号                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                 |
| 申請の種類<br><input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他 |                                                                                                                                 |
| 入院・入院外の別<br><input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外                                                                                                                                           | 診療等を受けた期間 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書等のとおり(別添参照)<br>年 月 日から 年 月 日まで                                                 |
| 病院等の名称 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書等のとおり(別添参照)                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                 |
| 申請の理由<br><input checked="" type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 他法優先 <input type="checkbox"/> 医療証・保険証提示なし <input type="checkbox"/> 償還対応期間中 <input type="checkbox"/> 装具作成<br><input type="checkbox"/> その他       |                                                                                                                                 |
| 振込希望金融機関<br>平塚 銀行 店番号 000<br>信用金庫<br>農協 市役所 支店                                                                                                                                                                            | ※決定区分<br><input type="checkbox"/> 次のとおり支給する<br><input type="checkbox"/> 次の理由により支給しない<br>支給決定額                                   |
| 預金種別 普通                                                                                                                                                                                                                   | 口座番号 1234567<br>口座名義(カタカナ) ヒラツカ ハナコ                                                                                             |
| 受付                                                                                                                                                                                                                        | 決裁                                                                                                                              |
| 施行                                                                                                                                                                                                                        | 完結                                                                                                                              |

ひとり親家庭等医療費助成事業  
医療助成費支給申請書

(提出先)  
平塚市長

年 月 日

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者住所                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                |                                                                                            |
| 平塚市                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                | 連絡先                                                                                        |
| 氏名                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                |                                                                                            |
| 加入医療保険の状況                                                                                                                                                                                                     | 保険の種類<br><input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                               | 被保険者(世帯主・組合員)氏名                                                                                                                                                                                |                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                | 記号 番号                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                               | 保険者番号                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 保険情報コピー参照(別添)                                                     |
| 対象者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                | 受給者番号                                                                                      |
| 対象者氏名                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                | 受給者番号                                                                                      |
| 対象者氏名                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                | 受給者番号                                                                                      |
| 申請の種類 / 診療等を受けた期間 / 病院等の名称<br><input type="checkbox"/> 領収書等のとおり(別紙)                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                                                                                            |
| 申請の理由<br><input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 他法優先 <input type="checkbox"/> 医療証・保険証提示なし <input type="checkbox"/> 償還対応期間中<br><input type="checkbox"/> 補装具作成 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                |                                                                                            |
| 振込希望金融機関                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                | ※決定区分                                                                                      |
| 銀行                                                                                                                                                                                                            | 店番号                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 次のとおり支給する<br><input type="checkbox"/> 次の理由により支給しない<br>支給決定額<br>理由 |
| 信用金庫                                                                                                                                                                                                          | 本店                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |
| 農協                                                                                                                                                                                                            | 支店                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |
| 預金種別                                                                                                                                                                                                          | 口座番号                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |
| 普通                                                                                                                                                                                                            | 口座名義(カタカナ)                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
| 備考                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                | C D 受付                                                                                     |