

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

- 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〕
- 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。
- 受診者の健康保険情報 〔全員〕
- 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〕
- 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

- 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。
- 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。
- 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は対象になりません。
- ・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

国保 健保組合 協会けんぽ 共済組合

被保険者（世帯主・組合員）氏名

申請者と同じ

被保険者記号

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。

保険者番号

□保険情報コピー参照（別添）

対象者氏名 申請者と同じ

平塚 太郎

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

対象者氏名

平塚 二郎

受

対象者が複数いる場合、それぞれ氏名を記入してください。

対象者氏名

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

申請の種類

一般 歯科 薬剤 看護 移送 補装具 その他

入院・入院外の別

診療等を受けた期間 領収書等のとおり（別添参照）

入院 入院外 年 月 日から 年 月 日まで

病院等の名称 領収書等のとおり（別添参照）

申請の理由

県外受診 他法優先 医療証・保険証提示なし 償還対応期間中 装具作成
その他

振込希望金融機関

平塚 銀行

0	0	0
---	---	---

信用金庫

農協

市役所 支店

※決定区分

次のとおり支給する

次の理由により支給しない

支 給 決 定 額					
-----------------	--	--	--	--	--

預金種別

口座番号

1234567

普通

口座名義（カタカナ）

ヒラツカ ハナコ

申請者名義の口座を記入してください。

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	
	<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		
<input type="checkbox"/> 領収書等のとおり(別紙)		
申請の理由		
<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		
<input type="checkbox"/> 補装具作成 <input type="checkbox"/> その他()		
振込希望金融機関		
銀行	店番号 [] []	
信用金庫	本店	
農協	支店	
預金種別		
普通		
口座番号	※決定区分	
口座名義(カタカナ)	<input type="checkbox"/> 次のとおり支給する	
	<input type="checkbox"/> 次の理由により支給しない	
	支給決定額	[] [] [] [] []
理由		
備考		CD
		受付