

【 申請書の記入について 】

該当するものに☑してください。

(重度心身障害児等 ひとり親家庭等 子ども) 医療費交付申請書
 (あて先) 所 沢 市 長 年 月 日

住 所 所沢市蓮木1-1-1

申請者 氏 名 所沢 太郎

電話番号 04-2998-1111

提出年月日と、
申請者の
・住所
・氏名
・電話番号
をご記入ください。

対象者の
・受給者証番号
・氏名
・生年月日
をご記入ください。

受給者証番号
子ども・ひとり親
医療は7桁、重度医療
は6桁(左詰め)で
す。

記号のとおり申請します。本申請に係る医療費助成金は、登録を行った口座に振り込むよう依頼します。
 が、市が健康保険組合等に診療報酬及び療養費等の給付状況等を確認することを承諾します。

受給者証番号 (ワケガ)	5 5 0 1 0 5 6	記号番号	記号	番号
	トコロザワ ハナコ	加入医療保険	所 国	1056
	所沢 花子	保険者番号	0 0 1 1 0 0 8 0	
	生年月日 3 大 4 昭 1 年 5 月 1 日 5 平 6 令	保険者名称	所沢市 全国健康保険協会 支部 国民健康保険 後期高齢・健康保険組合・共済組合・国保組合	

医療機関受診
時の健康保険
の内容をご記
入ください。

病、幼稚園および保育園の管理下(通学・通園中を含む)でのケガや疾病である。 はい・いいえ

申請額が21,000円
以上の場合 ①この申請分の他に、同月に1ヶ所の医療機関等に保険診療分の医療
費を21,000円以上支払った家族がいる。(「はい」の場合は②へ) はい・いいえ

②①の家族の健康保険組合は、上記「加入医療保険」と同じである。 はい・いいえ

該当するほう
に をして
ください。

【 申請書の提出について 】

領 収 証 貼 付 位 置

次の A または B の方法でご提出ください。

(例) レシートの場合

A . 領収証を貼付する。

医療費交付申請書の裏面に領収証の原本を貼付して提出してください。

領収証には以下の項目が必要です。

医療機関名 受診者氏名
 診療年月日 領収印
 医療保険対象の保険点数または保険診療に係る負担割合
 一部負担額(保険診療の対象となる金額)

〇〇病院
 ●●年-5月-1日
 01★1200非
 預り 1200
 おつり 0
 所沢太郎 様
 400点
 〇〇病院 ㊞

B . 医療機関に証明をしてもらう。

医療費交付申請書の表面の記入欄に証明をいただくことで、領収証と同様の取り扱いができます。
 ただし、証明にかかる手数料や文書料等は医療費助成の対象外です。

医療費交付申請書は1ヶ月分の1医療機関、もしくは1薬局ごとに取りまとめてください。

同じ医療機関でも「入院」と「外来」の場合、また「医科」と「歯科」での診療がある場合は申請書を
 分けてください。

申請書の提出時期は、受診月の翌月以降です。受診した当月中には受付できません。

健康保険組合等から高額療養費や付加給付金等が支給され、医療費の決定通知書がある場合、
 決定通知書の写しも併せて添付してください。

申請書は毎月15日締めで、その翌月末日振込み予定となります。

登録されている保険証の内容や振込先口座に変更があった場合は、早めの届出をお願いいたします。
 なお、健康保険組合等から、高額療養費や付加給付金等が支給される可能性があるときは、市からの
 支給が遅れることがあります。

医療費交付申請書による申請の有効期間(権利の消滅時効)は5年間です。

ただし、健康保険組合等への請求の時効は2年間のため、早めの申請をお願いいたします。

日本スポーツ振興センター災害共済制度を利用するとき、または交通事故等の第三者行為による
 ものは申請できません。

【 問い合わせ先 】

重度心身障害児等医療費について
 子ども・ひとり親家庭等医療費について

障害福祉課
 こども支援課

電話 : 04-2998-9116
 電話 : 04-2998-9124

FAX : 04-2998-1147
 FAX : 04-2998-9136