

ひとり親 償還払い申請 記入例

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 佐倉市長

申請者 住所 **佐倉市海隣寺町〇〇番地**
氏名 **佐倉 花子**
電話番号

以下のとおり佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金の交付を申請します

氏 名	佐倉 花子	申請者との続柄	本人
住 所	佐倉市海隣寺町〇〇番地	生年月日	S〇〇・〇・〇
加入医療保険	名 称	佐倉市国民健康保険	
	記号番号	倉〇〇〇〇〇一〇	本人家族の別 本人 家族

診療・調剤月	年 月	種別	入院	通院	調剤	
保険総点数	入院	点	外来	点	調剤	点
公費負担額		円	証明手数料			円
入院延日数		日	/			
保険医療機関又は保険薬局の名称・氏名所在地	上記のとおり証明します。					
	(取扱者 印)					

自己負担額 (A)	附加給付額 (B)	一部負担額 (C)	証明手数料 (D)	助成交付額 A-(B+C)+D
円	有 無 円	円	円	円

**代表受給者の
住所・氏名・電話番号**

受診した人の名前等

**領収書がない場合や、
必要事項の記載がない
領収書の場合に限り、
この欄を医療機関等に
証明してもらいます。

(ひと月分をまとめる)**

**事務処理欄につき
記入しません**

◆償還払い申請時にご確認ください

- ①医療機関等の領収書（原本）が添付されている、もしくは医療機関等の証明がある。
- ②領収書もしくは医療機関等の証明に、受診者名、受診日、受診医療機関名と所在地、保険点数、自己負担額の記載、受領印があるか。
- ③保険診療費の自己負担額が、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成の1回あたりの自己負担金額を超えているか。
- ④診療費を支払った月の翌月の初日から起算して2年以内の申請であること。（2年後の同月末まで申請できます）

◆その他

- ・領収書原本返却希望の場合は助成済みスタンプを押し、市でコピーをとってから返却いたします。
- ・助成金は申請の翌月末に指定の金融機関へ振り込まれます。
- ・健康保険証未提示のため、10割で診療費を支払っている場合は、先に加入している健康保険組合で自己負担分の精算を行ってください。この場合、償還払い申請では、加入している健康保険組合から発行される給付金の決定通知の添付が必要です。
- ・高額療養費に該当し、健康保険組合から給付が受けられる場合も10割支払の場合と同様です。
- ・治療用補装具、弱視用等の眼鏡を購入した場合（健康保険給付対象となるもの）、加入している健康保険組合から発行される給付金の決定通知のほか、医師の診断書も必要です。