

こども
 ひとり親家庭等 医療費支給申請書(償還払)



次のとおり申請します。

令和 年 月 日

高額療養費・療養費および附加給付金の
 支給額調査に同意します。

住所 呉市

呉市長 様

申請者
(生計中心者)

氏名

昼間連絡がとれる
 電話番号

父・
 母

受診者	フリガナ							
	氏名	公費負担者番号	9	3	4	0	0	2
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	公費負担医療 の受給者番号		
加入健康保険	記号	番号	被保険者氏名			資格取得年月日(認定年月日)		
	発行機関名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 呉市国民健康保険						
振込先	金融機関名	銀行 店番 信用金庫 店 労働金庫 出張所 農協						
	預金種目	1 普通	2 当座	フリガナ				
	口座番号 (右詰め)					名義人 <small>(児童名義不可)</small>		

※申請には領収書原本・受診者の加入健康保険証及び医療受給者証・申請者(保護者)名義の通帳(児童のものは不可)が必要です。

確認事項	①出生時申請の場合 (こども医療 0歳)	母の加入健康保険は子どもの加入健康保険と <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 違う	母子の健康保険が同じで、 かつ帝王切開の場合は高 額療養費の可能性があり ます。	
		母の出産は <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開等治療あり		
	②提出した領収書が21,000 円以上の場合で、同じ健康 保険に加入している家族が 同一月に受診している場合	他にも21,000円以上の領収書が <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※同じ健康保険に加入している70歳以上の家族が同一 月に受診している場合は、計算方法が異なりますので、詳しく は、加入健康保険にお問い合わせください。	
	③高額療養費の多数回該 当(※2)に	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	世帯合算高額療養費(※1)に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない 該当する場合は、まず、加入健康保険に高 額療養費の申請をしてください。	
④加入健康保険から	高額療養費(※3)の支給や、 療養費(10割負担・装具)の支給に	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請未	

④で「該当する」の場合は、加入健康保険の支給決定通知書等が必要です。(呉市国保以外)

注:こども医療、ひとり親家庭等医療からの返金は、加入健康保険からの支給額を確認してからの支給となります。

- ※1 世帯合算高額療養費とは、同じ健康保険に加入している家族で、同一月にそれぞれ1つの病院に支払った自己負担額が、21,000円以上のものが2件以上ある場合に、それらを合算して自己負担限度額を超えていれば、加入健康保険に申請することで、高額療養費の支給を受けられるものです。
- ※2 高額療養費として払い戻しを受けた月数が、過去1年間(直近12ヶ月間)で3月以上あった時は、4月目(4回目)から自己負担限度額がさらに引き下げられます。
- ※3 高額療養費とは、医療費の自己負担額が限度額(被保険者の所得によって違います)を超えた場合、負担を軽減するため、医療費の一部が加入健康保険から支給されるものです。

<受付職員記入欄> ※ここから下は記入しないでください。

提出書類	受付者	備考欄	支給決定額	診療月
<input type="checkbox"/> 受診者の健康保険証の写し			円	
<input type="checkbox"/> 受診者の領収書				
<input type="checkbox"/> 振込先の通帳、キャッシュカード				
<input type="checkbox"/> 支給決定通知書(必要な方のみ)				
<input type="checkbox"/> 装着証明書(必要な方のみ)				
★添付済の場合は☑をしてください。 ※受給者証は添付不要ですが目視確認してください。		<input type="checkbox"/> 未熟児養育医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> (