

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。

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。

令和 年 月 日

住所 呉市

申請者は生計中心者を記入してください。

呉市長 様

申請者 氏名  
(生計中心者)

昼間連絡がとれる  
 電話番号

父・母

受診者	フリガナ 氏名	受診者について記入してください。		公費負担者番号	子ども医療の場合、連絡先は保護者どちらでも連絡が付きやすい方で可(父か母に○)。	
	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	加入の健康保険の内容を記入してください。	
加入健康保険	保険者名(※該当するものにチェックを入れて必要事項を記入してください。)					
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会	健康保険組合	<input type="checkbox"/> 呉市国民健康保険	<input type="checkbox"/> 国民年金( )	<input type="checkbox"/> その他( )	申請者(保護者)名義の通帳(児童のもののは不可) ※口座開設店番を確認のうえ記入し通帳の写しの添付をお願いします。 ゆうちょ銀行への振込先指定可。
振込先	金融機関名	行	店番	出張所		
	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を確認できるもの及び医療受給者証・申請者(保護者)名義の通帳(児童のもののは不可)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 checked="" 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ります。	
		母の出産は <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input checked="" 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 checked="" 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。	
		世帯合算高額療養費(※1)に <input checked="" 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	
③高額療養費の多数回該当(※2)に	<input type="checkbox"/> 該当する <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない	聞き取りをして該当の場合は加入健康保険に申請するよう案内をしてください。		
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 checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	<input checked="" 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"/> 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)				
★提出書類が全て揃ってから受付してください。 ★添付済の場合は☑をしてください。 領収書が10割負担となっている場合や装具については、加入の健康保険へ療養費の申請を案内し、支給決定通知書が揃ってから申請受付してください。				
		<input type="checkbox"/> 未熟児養育医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> ( )		