

ひとり親家庭医療費助成申請書

当月診療分の領収書は、翌月以降に提出をお願いします。

申請者記入欄		
関係書類を添えて、申請いたします。(登録してある口座へ助成金の振込みをお願いいたします。)		
(あて先) 宇都宮市長 令和 年 月 日		
申請者住所 宇都宮市		
申請者氏名		
電話 () (日中連絡がしやすい電話番号)		
受診者 (2枚目以降はこの枠内のみ記入)	受給資格者証 番号(7桁)	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	現在の加入保険	
被保険者氏名		本人・他 ()
記号		
番号		
資格取得日		H・R 年 月 日
保険者		番号
名称		<input type="checkbox"/> 宇都宮市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合・共済組合 <input type="checkbox"/> ()
高額療養費(金額は裏面を参照)該当の有無		有 (高額療養費支給決定通知書又はその写しを添付)・無

医療機関記入欄		※医療機関において、太線の枠内を記入し押印してください。ただし、受診者名・保険点数・一部負担金・負担割合・診療科目・入院外来の別・医療機関名が記載された領収書を提出する場合は、記入不要です。	
保険診療証明書 受診者()			
保険種類	国保・社保・その他	一部負担(1・2・3)割	特定疾病療養受療証の有無 有 無
診療年月	保険診療合計点数		備考
年 月	入院日数	入院点数 外来点数	
整骨院等記入欄			
診療年月	保険診療合計金額(10割)(円)	受診者一部負担金額(円)	備考
年 月			
令和 年 月 日	医療機関等	所在地	
医療機関コード(市記入欄)		名称	印
		氏名	
診療科コード(市記入欄)			

領収書は、うしろこ、日付の古い順(古い日付が上)にならべて、ホチキスで止めてください。
申請書は、医療機関又は調剤薬局(10枚)提出してください。

《申請にあたっての注意事項》

助成申請書の提出の際には、「ひとり親家庭医療費受給資格者証」及び「健康保険被保険者証」を持参してください。

助成条件等

- 助成の対象は保険診療です。保険外診療(予防接種, 健康診断, がん検診, 文書代等)は, 助成対象外となります。
 - 保険診療の自己負担分(3割分)全額が助成されます。
 - 診療月の翌月以降申請可能です。(複数月まとめて提出可) 診療月から1年以内に申請してください。
この期間を過ぎると受け付けできません。
- 例) 令和4年5月10日に診療を受けた場合



- 申請書は医療機関又は調剤薬局ごとに1枚ずつ提出してください。(2枚目以降は受診者枠のみ記入) 領収書に氏名, 領収印等が明記されているかご確認ください。
- 郵送で提出する場合は, 消印日が受付日になります。
- 助成金の支払は, 原則として申請した月から約3か月後にご登録の口座へ振込となります。
- 高校3年生までのお子さんは, こども医療費助成制度をご利用ください。
- 申請書の提出は, 子ども政策課(市役所本庁2階)・各地区市民センター・出張所・郵送にて可能です。

領収書の添付による助成申請の場合

- 添付できる領収書は, 次の項目が記載されており, 領収印があるものです。
「受診者名・保険点数・一部負担金・負担割合・診療科目・入院外来の別・医療機関名」
※整骨院等の領収書に, 上記事項の記載がないものが多いのでご確認ください。
- 領収書はコピーでも提出できます。一度提出された領収書はお返しできません。



医療機関等で保険点数の証明を受けて助成申請する場合

診療月の翌月10日以降に医療機関で点数証明が受けられます。(証明手数料は自己負担)

高額療養費について

1か月の医療費について, 以下に示す額を超えて支払ったときは高額療養費制度に該当しますので, 加入健康保険組合から通知のある「高額療養費決定(支払)書」又はそのコピーを必ず添付してください。

【高額療養費にかかる自己負担月額限度額】

所得区分	自己負担月額限度額	多数該当の場合※	適用区分
市県民税非課税	35,400円	24,600円	オ
社保: 標準報酬月額26万円以下 国保: 年間所得210万円以下	57,600円	44,400円	エ
社保: 標準報酬月額28万円~50万円 国保: 年間所得210万円超600万円以下	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円	ウ
社保: 標準報酬月額53万円~79万円 国保: 年間所得600万円超901万円以下	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円	イ
社保: 標準報酬月額83万円以上 国保: 年間所得901万円超	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円	ア

※ 多数該当について

高額療養費を申請される月以前の直近12か月の間に, 高額療養費の支給を受けた月が3か月以上ある場合は, 4か月目以降から「多数該当」という扱いになり, 自己負担限度額が軽減されます。

【問い合わせ先】 〒320-8540 栃木県宇都宮市旭1丁目1番5号
宇都宮市役所 子ども部 子ども政策課 自立支援グループ
TEL 028-632-2386・2399
【提出先】 子ども政策課(本庁2階)・各地区市民センター・出張所・郵送(上記宛先)

(ホチキス2ヶ所留め)