

# ひとり親家庭医療費助成申請書

## 申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい

(あて先) 宇都宮市長		平成 年 月 日	
受給資格者 (申請者)		住所 氏名 電話	
受給資格証 記号番号		加入保険	
受診者 氏名 生年月日		被保険者氏名 保険証記号番号 番号 名称	
振込先		下記の口のいずれかに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 登録してある口座に振り込み。 <input type="checkbox"/> 登録口座を変更して、新しい口座に振り込み (内容変更届を提出してください。)	
一部負担金		2万1千円以上支払った家族の有無	
		有・無	

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

(注) 加入保険の変更があった場合は、内容変更届を提出して下さい。

## 医療機関記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい

保険診療証明書		受診者( )	
保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合 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		食事療養費
年 月	入院 日数	入院点数 外来点数	日数 金額 (標準負担額)
			他法負 担点数
			備考
合 計			
平成 年 月 日			
医療機関等 所在地			
名称 氏名			
印			

領収書は、うしろに、古い日付順にならべて、ホチキス等で止めてください。

助成 内 容	保険診療 合計金額	一 部 負 担 額	控 除 額 の 内 訳				医 療 費 助 成 額
	円	円	他 法 負 担 額 円	高 額 療 養 費 円	附 加 給 付 額 円	控 除 額 計 円	円
食事療養費							
薬剤費負担							
計							

(記入例) ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください

ご家族でも違う番号です。診察を受けた方の番号を確認してご記入下さい。

平成〇年〇月〇日

(あて先) 宇都宮市〇〇町〇-〇

宇都宮 太郎 印

電話 028-〇〇〇-〇〇〇〇

受給資格者証 記号番号	〇〇〇〇〇〇	加入保険	被保険者氏名	宇都宮 太郎
受診者 氏名	宇都宮 花子		保険証記号番号	〇〇〇 〇〇〇〇
受診者 生年月日	〇〇〇年〇月〇日	加入保険	保険者 番号	〇〇〇
受診者 生年月日	〇〇〇年〇月〇日	加入保険	保険者 名称	〇〇〇

振込先 下記の□のどちらかに印をつけてください。  
 登録してある口座に振り込み。  
 登録口座を変更して、新しい口座に振り込み(変更届を提出してください。)

一部負担金 2万1千円以上支払った家族の有無 有・無

同じ保険証を使う家族が、同月に2万1千円以上支払った場合 有に〇印

《申請にあたっての注意事項》

◎領収書の添付による助成申請の場合

- 診察を受けた領収書に次の項目が記載されているかご確認のうえ添付して下さい。  
患者名・保険点数(保険自己負担額)・負担割合・診療科目・入院外来の別・医療機関名
- 月単位でまとめて翌月以降に申請して下さい。(複数月数まとめて申請可能)
- 医療費助成以外の手続きで、医療領収書の原本が必要な場合は、コピーで提出できます。一度提出された領収書はお返しできません。あらかじめコピーを添付してご申請下さい。

◎医療機関等で保険点数の証明を受けた場合

- 診察を受けた翌月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となりますのでご了承下さい。

◎高額療養制度に該当する場合

- 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制度に該当します。加入健康保険組合から通知される「高額療養費決定書」等または、そのコピーを必ず添付して下さい。

[高額療養費にかかる自己負担月額の限度額]

- ①非課税世帯 35,400円
- ②課税世帯

標準報酬	自己負担月額の限度額の算出方法
月額56万円未満の場合	80,100円+(医療費-267,000円)×1%
月額56万円以上の場合	150,000円+(医療費-500,000円)×1%

◎共通の注意事項

- 助成金の請求は、診療月の翌月から12か月以内(診療月の翌年の同月まで)に申請して下さい。助成金の支払は、原則申請した月から約3ヵ月後口座振込になります。  
 <例:平成20年9月診療分は、平成21年9月末日までが有効期間です。>
- 郵送の場合、封筒に切手を貼り、申請者の住所氏名を必ず記入して投函して下さい。消印日が受付日になります。
- 申請書は一つの医療機関・調剤薬局につき1枚ご記入願います。まとめて申請する場合2枚目からは申請者記入欄の「受給者番号・受診者氏名・生年月日」の記入だけで結構です。
- 小学校6年生修了時までのお子さんは、こども医療費助成制度をご利用下さい。
- 医療機関(入院と外来、総合病院は診療科)ごとに月額500円の自己負担があります。(ただし、薬局を除く)

【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 子ども家庭課 医療費グループ  
 TEL 028-632-2296