

# 記入例

(関係)

流山市ひとり親家庭等医療費等給付申請書

平成29年1月0日

(宛先) 流山市長

住所 流山市平和台1-1-1

申請者 氏名 流山 ○子

TEL 090-0000-XXXX

流山

必ず押印してください  
※スタンプ印不可

受診者(領収書記載)の氏名

たいので、流山市ひとり親家庭等医療費等より、次のとおり申請します。

記

|      |           |       |      |            |  |            |    |
|------|-----------|-------|------|------------|--|------------|----|
| 受診者欄 | 氏名        | 流山 口男 |      | 申請者との続柄    |  | 長男         |    |
|      | 住所        | 同上    |      | 助成対象者の生年月日 |  | H25年 1月 X日 |    |
|      | 加入社会保険の種類 | 国保    | 記号番号 | 流 100XXX   |  | 本人・家族      | 本人 |
|      |           |       | 保険者名 | 流山市        |  | の別         | 家族 |

国保・社保・国保組合等

領収書に診療点記載がない場合、下欄証明を受け

国保は流山市、〇〇国保組合  
社保は△△健保等

|          |                                  |         |         |   |
|----------|----------------------------------|---------|---------|---|
| 保険医療機関等欄 | 診療又は調剤報酬明細書(入院・通院)               |         |         |   |
|          | 診療・調剤月                           | 年 月     | 診療総点数   | 点 |
|          | 公費負担額                            | 有( 円)・無 | 調剤総点数   | 点 |
|          | 入院延日数                            | 日       | 報酬証明手数料 | 円 |
|          | 入院時食事療養費<br>本人負担額                |         |         | 円 |
|          | 保険医療機関<br>又は保険薬<br>等の名称及び<br>所在地 | (取扱者 印) |         |   |

領収書の添付がない、領収書に診療点数の記載がない場合、太線内に医療機関等で証明を受けて下さい

|      |                       |             |             |                |
|------|-----------------------|-------------|-------------|----------------|
| 市審査欄 | 父、母又はこれらの者に準ずるものの所得状況 |             |             |                |
|      | 所得                    | 該当・非該当      | 該当事由        |                |
|      | 確認公簿名等                |             |             | 印              |
|      | 助成金の算出                | 自己負担額A<br>円 | 附加給付額B<br>円 | 報酬証明手数料等C<br>円 |

(注) 生活保護法に基づく扶助を受けている人等は、助成の対象になりません。

裏面に領収書を添付して下さい。

## 領収書（レシート）の貼り付け面

★領収書（レシート）は、受診者・受診月・医療機関ごとに分け、通院・調剤・入院それぞれ別々の申請書へ糊付けしましょう。（テープ・ホチキス不可）

★今月受診した領収書は提出できません。

必ず翌月以降の申請をお願いします。

同じ月にかかった領収書は全て揃っていますか？

認印は押していますか？（シャチハタ不可）

領収書の自己負担金が21000円を超えていませんか？



### 《自己負担金が21000円以上の領収書の場合》

医療費支払い日から3～4か月後、ご加入の健康保険組合に高額療養費又は付加給付金が該当しているかどうかの確認をしてください。

#### 【該当の場合】

健康保険組合から発行される高額療養費又は付加給付金の決定通知書の写しを添付し、子ども家庭課へ医療費助成の申請をしてください。

（健康保険組合によっては、申請をしないと決定通知が出ない場合がございますのでご注意ください。）

#### 【該当しない場合】

申請用紙余白に「高額該当なし」とご記入の上、その旨を担当に伝えて御提出いただくようお願いいたします。