

※受付印

親 医療助成費支給申請書

※欄は記入しないでください。

有効期間	※ 年 月 日 ~ 年 月 日										受付番号	※		
負担者番号	8	1	1	3	7	3	2	5	加入健康保険	被保険者(世帯主)	町田 森野			
受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	記号	12-34	番号	123			
フリガナ受診者氏名	マチダ モリノ 町田 森野								番号	123456				
生年月日	昭和 60 年 1 月 1 日								保険者	名称 ○○健康保険組合				
病院等の名称	町田なかよし医院										他	2 件		
申請の種類	① 医科 2. 歯科 ③ 調剤 4. 看護 5. 移送 6. 補装具 7. その他 ()													
入院外来の別	1. 入院 ② 外来			支給申請額	円									
診療等を受けた期間	令和 2年 4月 15日から 令和 2年 5月 20日まで (領収書枚数 5 枚)			医療費総額	※									
				一部負担金	※									
	高額療養費に該当する場合は1ヶ月分の領収書をまとめてご申請下さい。			支給決定額	※ 円									
振込先金融機関	町田なかよし (銀行・信金・農協) 市役所前 (支店) 出張所 (普通・())													
店番号	1	2	3	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	名義(カタカナ)	マチダ、モリノ	
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度(親)の医療助成費の支給を申請します。 なお、本書に記入した事項に関して町田市のOA機器に登録することを承諾します。</p> <p>令和3 年 1 月 1 日</p> <p>町 田 市 長 宛</p> <p>申請者 住 所 〒 194-8520 町田市 森野2-2-22</p> <p>氏 名 町 田 森 野</p> <p>連絡先 042 (724) 2139</p>														

医療証を参照して記入してください。

受診者の加入している健康保険証の内容を記入してください。

複数の医療機関で受診した場合でも、まとめて申請できます。

入院の場合は、月ごとに申請してください。

() 内は申請書に添付する領収書の枚数を記入してください。

受給者(保護者)名義の口座を記入してください。ゆうちょ銀行へ振り込む場合は振込み用の店番号・口座番号が必要です。

受給者名(保護者)を記入してください。

保険診療以外の医療費・入院時の食事療養費は、医療費助成の対象外です。

太枠内を記入してください。

- (注意)
- 1 領収書原本(保険点数か保険診療金額が記載されたもの)を添付してください。
 - 2 ゆうちょ銀行へ振り込む場合は振込み用の店番号・預金種目・口座番号が必要です。
 - 3 一部負担金が自己負担上限額を超えている場合は1ヶ月分の領収書をまとめてご申請下さい。

領収書の返却を希望される方は、申請書右側の余白に「領収書返却希望」と赤字で記入してください。
 ただし全額助成される場合の領収書はお返しできません。

口座	児手口座・前口座
領収書	返却希望あり
高額	支払遅れ了承済

- 振込は月の前半申請は翌月の15日、月の後半申請は翌月の末日となります。入院時、高額該当の場合はそれ以上かかる場合があります。請求できる期間は医療証の資格期間内であれば、医療費を支払った日の翌日から5年間です。
- 入院などの高額な医療費の場合は、受診した翌月以降に1か月分まとめて申請してください。(高額医療費に該当する可能性があるためです)
- 郵送でご申請の場合、郵送事故の責任は負いかねます。