

様式第5号（第8条関係）

## ひとり親家庭医療費助成申請書

<b>申請者記入欄</b>		※太線の枠内のみ記入して下さい。								
益子町長		様				令和		年	月	日
		受給資格者		住所						
		(申請者)		氏名						
				電話						
受給資格者証 記号番号				加 入 保 険		被保険者氏名				
						保険証記号番号				
受 診 者	氏名			保 険 者		番 号				
	生年月日	昭和・平成	年			月	日	名 称		
振込先		※前回と同じ口座を希望する場合には記入不要です								
		銀行		支店		預金種別		普通		当座
		(フリガナ)								
		口座名義								口座番号
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ください。

<b>医療機関等記入欄</b>		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。 点線の欄は右詰で記入し、空欄は斜線で引いてください								
保 険 診 療 証 明 書										
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						他法負担点数		備考	
年	月	入院 日数	入院点数			外来点数				
令和		年	月	日		医療機関等		所在地		
						名 称				
						氏 名				印

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
			他 法 負担額	高 額 療養費	付 加 給付額	自己負担 控 除 額	
	円	円	円	円	円	円	円
計							

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て下さい。					
益子町長		様		令和◇年◇月◇日			
		受給資格者		住所		益子町大字益子 2030 番地	
		(申請者)		氏名		益子 花子	
				電話		0285-72-8865	
受給資格者証 記号番号		1 2 3 4		被保険者氏名		益子 花子	
				加入 保険		保険証記号番号	
						〇〇〇—××××	
受診者	氏名	益子 太郎		加入 保険	番号	0 9 0 6 1 3	
	生年月日	昭和(平成) 〇年〇月〇日			名称	益子町国民健康保険	
振込先		足利 銀行		益子 支店		預金種別 (普通) ・ 当座	
		(フリガナ) マシ ハナ					
		口座名義 益子 花子		口座番号		△△△△△△△	
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

受給資格者(申請者)の口座を記入してください。  
※前回と同じ口座を希望する場合には記入不要です。

申請にあたっての注意

- 診療を受けた翌月 10 日以降に申請者記入欄に記入してから医療機関に前月診療分の点数証明をもらって申請して下さい。証明手数料は自己負担になります。  
《ただし、**患者名、保険点数、負担割合、入院・外来の別、医療機関名**④が記載されている医療領収書については、証明のかわりとなります。領収書原本を提出してください。》
- 1ヶ月の医療費が 80,100 円+ (総医療費 - 267,000 円) × 1% (課税世帯)、57,600 円 (所得 210 万年以下)、35,400 円 (非課税世帯) 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、加入保険者から通知のある**高額療養費決定(支払)書**又はコピーを必ず添付して下さい。
- 助成金の請求は、診療月の翌月初日から 1 年以内に申請して下さい。  
**《例：令和5年4月診療分は、令和6年4月までが申請期間》**  
お手数でも健康保険証、ひとり親家庭医療費受給資格者証を確認して申請書に御記入下さい。助成金の支払いは口座振込になります。
- 郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り御自分の住所氏名を必ず記入して投函して下さい。
- 申請書は、**診療月ごと及び医療機関ごとに分けてください。最大5組まで添付可能**です。
- 一診療機関(薬局を除く)毎にひと月あたり 500 円の自己負担をいただきます。  
また、入院時の食事療養費については助成の対象外となります。

○問い合わせ・申請先は

〒321-4293 益子町大字益子 2030 番地 益子町役場 福祉子育て課 子育て支援係 電話 72-8865