

# 記入例

印西市ひとり親家庭等医療費等給付申請書

△△年 ◇月 ◇日

受診した人の氏名・生年月日・住所・続柄・証明書または領収書枚数・加入医療保険者名(保険証を参照、国保の方は「国民健康保険」)を記入し、項目ごとの該当するものに○をつけて下さい。

申請者 住 所 印西市大森 2364 番地 2  
氏 名 印西 花子  
電 話 0476-42-5111

下記のとおり医療費等の給付を申請します。

受診者氏名	生年月日	住所(申請者と別居の場合のみ記入)	申請者との続柄
印西 太郎	▽▽年 ◆月 ◆日		長男
証明書件数	件	領収書枚数	3 枚
加入医療保険者名		第三者行為の有無	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無
日本スポーツ振興センターの 災害共済給付制度の該当可否		1 該当する <input checked="" type="radio"/> 2 該当しない	
同一月内の同一医療機関における21,000円以上 (保険診療分)の医療費の支払いの有無		1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	有の場合は下段の承諾書に記入及び押印をお願いいたします。

(注) 1. 領収書の添付がない方は、以下の診療・調剤報酬証明書の証明を受けてください。

2. 診療・調剤報酬証明書を複数添付することができます。

診療・調剤報酬証明書					
受診者氏名					
種 別	入院	通院	調剤		
処方箋発行元医療機関					
保険総点数	点	食事療養標準負担額	円	生活療養標準負担額	円
一部負担額	円	公費負担額	円	証明手数料	円
保険医療機関又は、 保険薬局の 名称・氏名・所在地	上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 名称 氏名 <input checked="" type="checkbox"/>				

領収証がない場合、受診した医療機関でこの部分に受診内容について証明を受けて下さい。

～保険医療機関・保険薬局の方へ～

受給資格者からこの申請書により診療を求められたときは、窓口で「負担書」に証明をしてください。

高額な医療費の支払いが「有」の場合は被保険者の署名・押印が必要です。

高額療養費等に係る承諾書

私は、印西市ひとり親家庭等医療費等の助成における助成金の算定に必要な高額療養費及び付加給付費の内容について、市が私の加入する保険者に照会することを承諾します。

年 月 日 被保険者(組合員)氏名

## 注意事項

- 提出先は印西市役所子育て支援課、各支所市民サービス課です。出張所での提出はできません。
- 申請可能期間は、医療費を支払った日の翌日から起算して2年間です。
- 支払金額が高額になった場合、高額療養費や付加給付金の支給の有無を確認する必要があります。保険組合より高額療養費や付加給付についての支給決定通知書をお持ちの方は、ご提出をお願いします。支給決定通知書をお持ちでない場合は、確認のため数か月お時間をいただく場合がございます。また、市で確認できない場合は改めて支給決定通知書を求めることもございますので、あらかじめご了承ください。