

松戸市子ども医療費助成金交付申請書（償還払い）

受付印

（あて先）松戸市長
 松戸市子ども医療費の助成に関する規則第8条又は松戸市高校生等医療費の助成に関する規則第8条の規定に基づき申請します。

また、高額療養費及び家族療養費附加給付金に該当する可能性のある場合、市が健康保険組合等へ照会及び支給額の調整をすることを承諾します。なお、私が家族療養費・附加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を松戸市へ返還します。

申請年月日：受付日と同日

被保険者名 （保護者・申請者） 〔社会保険⇒被保険者名 国民健康保険⇒世帯主名 を記入してください。〕	住所					
	氏名	フリガナ.....				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	健康保険 の種類 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他、健康保険組合等
電話番号 ※申請内容についてお電話させていただくことがございます。						
対象の子ども	氏名	フリガナ.....				
	学年 （申請時）	<input type="checkbox"/> 未就学	<input type="checkbox"/> 小学生	<input type="checkbox"/> 中学生	<input type="checkbox"/> 高校生相当年齢	<input type="checkbox"/> それ以上

公金受取口座を利用する
 マイナンバーカードを持っている。
 マイナポータルで公金受取口座を登録している。
 ※公金受取口座の利用には、上記2か所全てに☑が必要です。



受取口座名義人（保護者）
 フリガナ.....

 ※子の口座は指定できません。

振込口座を指定する
 ※保護者名義の普通口座のみ、指定が可能です。



通帳又はキャッシュカードのコピーを添付
 ※家族カードの使用はできません。

※申請前のチェックリストとしてご利用ください。

確認事項	<input type="checkbox"/> 領収書は、支払い日の翌日から2年以内のものである。 <input type="checkbox"/> 健康保険証を提示し、支払った医療費である。（保険外診療は対象外）。 ⇒ 保険証を提示できずに全額負担した場合、ご加入の健康保険組合等へ療養費（立替払等）の申請を行い、支給決定通知書の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 医療保険制度の対象となる治療用装具代金を申請する場合、健康保険組合等へ療養費（治療用装具）の申請を行い、支給決定を受けている。⇒ 支給決定通知書の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 領収書の保険自己負担額（1か月）*が21,000円以上となっている場合、松戸市国民健康保険加入者以外の方は、健康保険組合等へ高額療養費・附加給付金の支給申請をし、支給・不支給決定を受けている。 ⇒ 支給・不支給決定通知書の添付が必要です。 （申請の方法については、ご加入の健康保険組合等へお問い合わせください。） *医療機関ごとの1か月の自己負担額（ただし入院と外来、医科と歯科は分けて計算）。院外の薬局で薬剤費等を支払った場合、処方箋を発行した医療機関における自己負担額と当該薬局の自己負担額は合算する。				
	添付書類	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;"> 必須 </td> <td> <input type="checkbox"/> 領収書（原本又はコピー） ※保険点数の記載がない場合、「診療明細書」の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 保護者名義の通帳又はキャッシュカードのコピー（振込口座を指定する方のみ） </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> 該当者 </td> <td> <input type="checkbox"/> 加入健康保険組合等からの高額療養費、付加給付金、療養費の支給・不支給決定通知書（コピー） <input type="checkbox"/> 医師の処方箋・診断書・意見書等（コピー） </td> </tr> </table>	必須	<input type="checkbox"/> 領収書（原本又はコピー） ※保険点数の記載がない場合、「診療明細書」の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 保護者名義の通帳又はキャッシュカードのコピー（振込口座を指定する方のみ）	該当者
必須	<input type="checkbox"/> 領収書（原本又はコピー） ※保険点数の記載がない場合、「診療明細書」の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 保護者名義の通帳又はキャッシュカードのコピー（振込口座を指定する方のみ）				
該当者	<input type="checkbox"/> 加入健康保険組合等からの高額療養費、付加給付金、療養費の支給・不支給決定通知書（コピー） <input type="checkbox"/> 医師の処方箋・診断書・意見書等（コピー）				

.....【市記入欄】※申請者は記入しないでください。.....

	書類確認	内容確認	負担区分確認	（職員メモ）
処理	領収書 枚	<input type="checkbox"/> 治療用装具（ ）	（ ）：D・C・B	
	明細書 枚	<input type="checkbox"/> 小慢・育成等（ ）	（ ）：D・C・B	
	決定通知 枚	<input type="checkbox"/> 高額入院（ ）	（ ）：D・C・B	
	診断書等 枚	<input type="checkbox"/> 高額外来（ ）	（ ）：D・C・B	