

# ひとり親家庭等医療費助成 郵送による償還払い(払い戻し)申請について

**※必ずお読みください。**

2ページ目に記入例 3ページ目に申請書があります。

## 必要書類

1. ひとり親家庭等医療費助成申請書[全員]
2. 医療機関等の領収書の原本[全員]  
※健康保険組合等へ給付の申請をした場合のみ、領収書の写しでも受け付けできます。
3. 受診者の健康保険証の写し[全員]
4. 健康保険組合等からの支給決定通知の写し[補装具作成等、10割負担した場合]
5. 医師の診断書、作成指示書等の写し[補装具作成等をした場合]

## 手続き方法

1. ひとり親家庭等医療費助成申請書に記入してください。
2. 上記必要書類を同封し、平塚市こども家庭課へ郵送してください。
3. 平塚市へ書類が到着した翌月20日前後に御指定口座へ振り込みします。  
※振込の5日前頃に支給決定通知書を送付します。

## 注意事項

- ・書類不備の場合は振り込みが遅れる場合があります。
- ・自己負担額が高額の場合(21,000円以上目安)、別途必要書類が発生することがあるため事前に御連絡ください。
- ・健康診断や予防接種等、健康保険適用外のものは対象になりません。
- ・郵便事故による領収書の紛失については責任を負いかねます。  
※提出する際に、書類の写しを取るなど対応をお願いします。
- ・振込希望金融機関は、申請者の方の口座を指定してください。

## 提出先

〒254-8686  
平塚市浅間町9番1号  
平塚市こども家庭課 児童手当・医療担当  
**医療費助成 申請書在中**

こちらを切り取り、封筒に貼る等御利用ください。

記入例

ひとり親家庭等医療費助成事業

医療助成費支給申請書

(提出先)

平塚市長

年 月 日

申請者住所 平塚市 浅間町9番1号 TEL 090-1111-1111	
氏名 平塚 花子	
加入医療保険の状況	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 被保険者(世帯主・組合員)氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 被保険者番号 <input type="checkbox"/> 保険証コピー参照(別添)
	対象者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 平塚 太郎 受給者番号 1 2 3 4 5 6 1
	対象者氏名 平塚 次郎 受給者番号 2
対象者氏名 平塚 三郎 受給者番号 1 2 3 4 5 6 3	
申請の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他	
入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	診療等を受けた期間 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書等のとおり(別添参照) 年 月 日から 年 月 日まで
病院等の名称 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書等のとおり(別添参照)	
申請の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 他法優先 <input type="checkbox"/> 医療証・保険証提示なし <input type="checkbox"/> 償還対応期間中 <input type="checkbox"/> 装具作成 <input type="checkbox"/> その他	
振込希望金融機関 平塚 銀行 (店番号 1 2 3) 信用金庫 農協 市役所 支店	※決定区分 <input type="checkbox"/> 次のとおり支給する <input type="checkbox"/> 次の理由により支給しない 支給決定額
預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 1234567 口座名義(カタカナ) ヒラツカ ハナコ
受付	決裁
施行	完結

保険証の写しを添付される場合は、下記に☑をしてください。(記号・番号等の記入は不要です。)

対象者が複数いる場合、それぞれ氏名を記入してください。

申請者名義の口座を記入してください。

第6号様式（第18条関係）

ひとり親家庭等医療費助成事業

医療助成費支給申請書

（提出先）

平塚市長

年 月 日

申請者住所										
平塚市	TEL									
氏名										
加入 医療 保険 の 状 況	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	被保険者（世帯主・組合員）氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ									
	被保険者証 記号                      番号									
保険者番号 {                      }										
<b>□保険証コピー参照（別添）</b>										
対象者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	受給者番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
対象者氏名	受給者番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
対象者氏名	受給者番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
申請の種類 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他										
入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	診療等を受けた期間 <input type="checkbox"/> 領収書等のとおり（別添参照） 年 月 日から 年 月 日まで									
病院等の名称 <input type="checkbox"/> 領収書等のとおり（別添参照）										
申請の理由 <input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 他法優先 <input type="checkbox"/> 医療証・保険証提示なし <input type="checkbox"/> 償還対応期間中 <input type="checkbox"/> 装具作成 <input type="checkbox"/> その他 {                      }										
振込希望金融機関 銀行                      店番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 信用金庫 農協                      支店				※決定区分 <input type="checkbox"/> 次のとおり支給する <input type="checkbox"/> 次の理由により支給しない <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 理由						
預金種別 普通 当座	□口座番号 □口座名義（カタカナ）									
受付	決裁 施行 完結									