

受付印

松戸市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

(あて先) 松戸市長

申請年月日	令和 年 月 日					
申請者 (保護者)	氏名	刀加ナ				
	住所	松戸市				
	電話番号	(日中の連絡先)				
受診者 (受診時原則 高校生以上)	氏名	刀加ナ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成				
確認事項	診療日の翌月から2年以内のものですか。 ※申請期限は2年以内です。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	健康保険証を提示し、支払った医療費ですか。 ※保険適用外は対象外です。 全額負担した場合は、事前に加入健康保険組合等での手続きを行い支給決定を受けてください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	自己負担額が21,000円以上になる方、補装具代金を申請する方は事前に加入健康保険組合等での手続きを行い、支給決定を受けていますか。 ※「はい」と回答された方は加入健康保険からの、高額療養費、付加給付金、療養費の支給または不支給決定通知書を添付してください。全国健康保険協会加入の方は必須です。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	自己負担額が21,000円以上かかっている場合にご回答ください。 受診者と同じ種類の健康保険証を使用している家族全員の中で、今回提出された領収証とは別に同月で21,000円以上支払った保険適用の医療費はありますか。 ※「はい」と回答された方は事前にご連絡ください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	高額療養費の該当となっている場合にご回答ください。 受診者と同じ種類の健康保険証を使用している家族全員の中で、今回提出された領収証とは別に過去12か月間に3回以上高額療養費の該当となっている月がありますか。 ※「はい」と回答された方は事前にご連絡ください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書または診療・調剤報酬証明書(裏面) <input type="checkbox"/> 受診者の保険証の写し ※自己負担額が21,000円以上になる方は必要です。 <input type="checkbox"/> 加入健康保険からの、高額療養費、付加給付金、療養費の支給または不支給決定通知書 ※自己負担額が21,000円以上になる方、補装具代金を申請する方は事前に加入健康保険組合等での申請が必要です。全国健康保険協会加入の方は必須です。 <input type="checkbox"/> 医師の診断書または意見書等 ※補装具代金を申請する方は必要です。					
市 処 理 欄						
自己負担額 A	①付加給付額 ②高額療養費 B		一部負担額 C	証明手数料 D	入院時 食事療養費 E	助成交付額 A - B - C + D + E = F
医 薬 円	① 円	円× 回	円	<input type="checkbox"/> 200円	円	円
ひとり医受給券 円	高額世帯合算 有・無	外来・調剤合算 有・無	高額多数該当 有・無	15歳未到達日 令和 年 3月31日	子医受給券 円	ひ0円子200円 ⇒ ひとり医班へ 中学生以下でひ0円子200円の場合 200円のみひとり医で助成
備考						