

便利な電子申請をご利用ください!



第4号様式 松戸市子ども医療費助成金交付申請書（償還払い）

(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。

受 付 印

申請年月日	受付日と同日			
●保護者 (対象の子どもが加入している健康保険の被保険者)	現住所	松戸市		
	氏名	生年月日	□昭和 □平成	年 月 日
	電話番号	(日中の連絡先)		
●対象となる子ども (今回申請する子ども)	受給者番号	氏名		
●振込口座 (保護者名義の「普通」口座のみ可能) ※公金受取口座を利用するには、マイナポータルで事前に登録をしておく必要があります!				
必ず「どちらかに」	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を「利用する」 (通帳又はキャッシュカードのコピーを省略)	口座名義 (保護者)	【カタカナ】 【漢字】	
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を「利用しない」 (通帳又はキャッシュカードのコピーを添付)	※家族カードは使用できません。 ※口座名義人・金融機関名称・店番号・口座番号がはっきりと分かるようにコピー		

※事前確認事項及び添付書類の口欄に、「✓」を入れてください!

事前確認事項	<input type="checkbox"/> 領収書が、 <u>支払い日の翌日から2年以内</u> 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 (保険適用外は対象外) である。→ <u>全額負担した場合、申請前にご加入の健康保険組合等へ手続きを行い、療養費支給決定通知の添付が必要です。</u> <input type="checkbox"/> <u>補装具代金を申請する場合、申請前に健康保険組合等へ療養費の申請を行い、支給決定を受けている。</u> →療養費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円以上の場合において、松戸市国民健康保険加入者以外の方は、 <u>申請前に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。</u> 高額療養費・附加給付金については、ご加入の健康保険組合等へお問い合わせください。 → <u>支給・不支給決定通知書の添付が必要です。</u> *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。また、医療機関からの処方箋で院外処方を受けた場合、当該薬局の自己負担額を処方箋交付元の医療機関の自己負担額に合算する。			
添付書類	必須	<input type="checkbox"/> 領収書 (原本又はコピー) ※保険点数が記載されていない場合、「診療明細書」も必要。 <input type="checkbox"/> 子どもの健康保険証のコピー <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 } ※A4一枚にコピー ※公金受取口座を利用する場合は、通帳又はキャッシュカードのコピーを省略できます!		
	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、療養費の支給又は不支給決定通知書 (コピー) ※加入健康保険組合等から支給を受けた場合又は補装具代金を申請する場合に必要。 <input type="checkbox"/> 医師の処方箋・診断書・意見書等 (コピー) ※補装具代金を申請する場合のみ必要。		

.....【市記入欄】※申請者は記入しないでください。.....

窓口	<input type="checkbox"/> 不足書類無し ※添付書類に不備がある場合は、受付しないでください。			(職員メモ)
処理	書類確認		内容確認	負担区分確認
	領収書	枚	<input type="checkbox"/> 補装具 ()	(): 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