別記様式第5号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請者記入欄 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 年　　月　　日  　　矢　板　市　長　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　受給資格者　　住所　矢板市  （申請者）  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)  電話  ※本人が手書きしない場合は、記名押印してく  ださい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 公費番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | 加入保険 | | | 被保険者氏名 | |  | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険証記号番号 | |  | | | | | | | |
| 受  診  者 | 氏　　名 |  |  |  |  |  |  |  |  | 保  険  者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| 名　　称 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 振込先 | | **申請の際に指定していただいた口座になります。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **他公費制度の利用状況について、**  チェック欄  **矢板市が確認することに同意します。** | | | | | | | | | | | **学校内で発生した**  **けがや病気ですか。** | | | | | | **はい ・ いいえ** | | | | | |
|  | **一部負担金２万１千円以上**  **支払った家族の有無** | | | | | | | | **有　・　無** | | | | **交通事故等による**  **けがですか。** | | | | | **はい ・ いいえ** | | | | | |  |

**（注）・高額療養費及び附加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。**

**・他公費制度とは、日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度、自立支援医療制度、特定疾患医療費助成制度等です。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関記入欄 | | | **※点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 保険種別 | | 国保・社保・その他 | | | | | | 自己負担割合 | | | | | | | １・２・３割 | | | | | 特定疾病療養  受療証の有無 | | | | | | 有・無 | |
| 診療年月 | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 他法  負担  点数 | | 備　　考 |
| 年 | 月 | 入院  日数 |  | | | | | | |  | | | | | | | 回数 | (標準負担額） | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 計 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　医療機関等　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

申　請　書　記　入　例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請者記入欄 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日  　　矢　板　市　長　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　受給資格者　　住所　矢板市　**本町５－４**  （申請者）  氏名　　**栃木　太郎**  電話　　**〇〇〇〇－〇〇－〇〇〇〇**（携帯可）  ※本人が手書きしない場合は、記名押印してく  ださい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 公費番号 | | **６** | **０** | **０** | **９** | **０** | **１** | | **１** | **５** | 加入保険 | | | 被保険者氏名 | | **栃木　太郎** | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | | **７** |  | 保険証記号番号 | | **〇〇‐〇〇〇** | | | | | | | | | |
| 受  診  者 | 氏　　名 |  |  |  |  |  |  | |  |  | 保  険  者 |  | **９** | **９** | | | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** |
| **栃木　花子** | | | | | | | | |
| 生年月日 | **〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日 | | | | | | | | | 名　　称 | **〇〇健康保険組合** | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 申請の際に指定していただいた口座になります。  ✔  チェック欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他公費制度の利用状況について、  矢板市が確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | | 学校内で発生した  けがや病気ですか。 | | | | | | はい ・ いいえ | | | | | | | |
| 一部負担金２万１千円以上  支払った家族の有無 | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | 交通事故等による  けがですか。 | | | | | | はい ・ いいえ | | | | | | |

**申請の際の注意事項**

1. 受給資格証を確認のうえ**申請書上段の申請者記入欄を記入**してください。
2. 申請には、**医療機関の発行した領収書（受診者、受診年月、負担割合、診療科目、入院・外来の別が明記されているもの）を添付**していただくか、申請書中段の医療機関記入欄に、受診医療機関から**保険診療証明**を受けたうえで提出してください。なお、証明手数料は自己負担になります。
3. 助成の対象となるのは**保険診療のみ**です。保険外(自費)は助成対象外です。
4. **１回の申請につき、受診者別に１枚ずつ申請書をご提出ください。**
5. 申請は診療日の属する月の**翌月初日から１年以内に申請**してください。
6. 高額療養費あるいは付加給付の支給対象の場合は、加入保険組合から交付される**高額療養費(あるいは附加給付)決定（支払）書またはその写し**を添付してください。高額療養費等につきましては、加入健康保険組合へご確認ください。
7. **学校内で発生したけがや病気の受診分については、スポーツ振興災害給付との重複受給とならないよう、申請時に必ずお申し出ください。**
8. 申請は郵送でも受け付けています。郵送費用は自己負担になります。市役所子ども課到着日が申請日となります。
9. 原則として一旦**提出いただいた領収書はお返しできません。**領収書原本が必要な方は、あらかじめコピーをして原本と一緒にお持ちください。窓口で確認のうえ領収書原本をお返しします。
10. 申請書と領収書は別々にご提出ください。**（のりづけ、セロテープ止め、ホッチキス止め等は絶対におやめください）**

**矢板市役所 子ども課 　０２８７－４４－３６００**

（R5.4改）