

申請書記入例

申請者記入欄		平成〇〇年〇〇月〇〇日	
矢板市長 様		受給資格者 住所 矢板市 <u>本町5-4</u> (申請者)	
		氏名 <u>矢板 花子</u> ㊤ 電話 <u>〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇</u>	
受給資格者 証記号番号	<u>〇〇〇〇</u>	加入 保険	被保険者氏名 <u>矢板 花子</u> 保険証記号番号 <u>〇〇〇〇-〇〇〇〇</u>
受診者	氏名 <u>矢板 花子</u> 生年月日 <u>〇〇年〇〇月〇〇日</u>	保険 者	番号 <u>1 2 3 4 5 6 7 8</u> 名称 <u>〇〇健康保険組合</u>
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 矢板市が確認することに同意します。	チェック欄 <input checked="" type="checkbox"/>	学校内で発生した けがや病気ですか。	<input checked="" type="radio"/> 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	

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. 月ごと医療機関ごと（外来・入院別に）に自己負担分として、500円を控除して助成します。ただし、調剤薬局分及びお子さんの受診分には自己負担はありません。
6. 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。
7. 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（あるいは付加給付）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。
8. 学校内で発生したお子さんの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にならないよう、申請時に必ずお申し出ください。
9. 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。
10. 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。
11. 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

(H29.4改)