



こども医療費助成申請書

申請者記入欄 ※この様式に、本人(個人)が署名をした場合には、押印の必要はありません。

鹿沼市長宛		年 月 日
受給資格者 住所 鹿沼市 (申請者)		氏名 印
		電話 - -
受給者番号		被保険者氏名
		保険証記号番号
受診者	氏名	加入保険 番号
	生年月日	
		名称
振込先口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協	口座番号
<input type="checkbox"/> 登録済口座 <input type="checkbox"/> 新たに指定	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	口座名義(カナ) ※受給資格者名義
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無 <small>(上記受給者と同じ保険に加入する家族で、今回提出する領収書の受診月と同じ月に、1つの医療機関に2万1千円以上支払った人はいますか?)</small>		有・無

(注) 高額療養費・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ください。

医療機関等記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。
※点数の先頭には必ず*マークを記入し、点数の合計も記入してください。

保険診療証明書										
保険種類		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		保険診療合計点数					他法負担額 (他法負担点数)		備考	
年	月	入院日数	入院点数	外来点数						
合計										
令和 年 月 日		医療機関等			所在地					
					名称					
					氏名					
					印					

助成内容	保険診療合計金額 円	一部負担額 円	控除額の内訳				控除額計 円	医療費助成額 円
			他法負担額 円	高額療養費 円	附加給付額 円	その他の控除 円		

(記入例)

こども医療費助成申請書

申請者記入欄 ※この様式に、本人(個人)が署名をした場合には、押印の必要はありません。

2枚目以降は点線枠内の記入のみで構いません。		受給資格者 (申請者)	住所 鹿沼市〇〇町〇-〇-〇 氏名 鹿沼太郎 電話 0289-〇〇-〇〇〇〇	〇年 〇月 〇日
受給者番号 (受給資格者証番号)	〇〇〇〇〇〇	加入保険	被保険者氏名	鹿沼太郎
受診者	氏名 鹿沼三郎 生年月日 〇年〇月〇日		保険証記号番号	〇〇〇 〇〇〇〇
		保険者	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
			名称	〇〇〇〇〇〇〇〇

医療機関等の窓口で医療費の保険診療分を支払った場合、この助成申請書に医療領収書(患者名、保険点数(あるいは保険診療額)、負担割合等の記載のあるもの)を添付していただくか、医療機関の点数証明を受けて、子育て支援課へ提出してください。
提出した月の翌月末に助成金が振り込まれます。
鹿沼市ホームページから助成申請書をダウンロードすることができます。

○助成金の算出方法(1か月、1医療機関毎、1点10円の場合)

1か月の総医療点数×10×保険自己負担率=助成金(10円未満四捨五入)

※高額療養費や附加給付金が出る場合は、その金額を差し引いた額をお支払します。

※ 申請にあたっての注意事項 ※

- 助成金の請求は、診療月の属する月の翌月から1年以内に申請してください。
保険証、受給者証を確認して申請書に記入してください。助成金の支払いは口座振込になります。
<例：4月診療分は、翌年4月末日までが申請期間です。>
- 申請書は一つの医療機関・薬局ごとに1枚ずつ記入してください。
1度の申請で2枚以上申請書を提出する場合、2枚目以降は「受給者番号」・「受診者氏名」・「生年月日」のみの記入で構いません。ただし2枚目以降の「加入保険」が変わる場合、「加入保険」の記入も必要です。
- 領収書で申請の方は、必ず1か月分の領収書をまとめて、翌月以降に申請してください。
- 同じ医療機関等の領収書を複数月分申請する場合は、複数月分の領収書をまとめて1枚の申請書に添付していただき結構です。その際、領収書はのり付けせず、ホチキス等のはずせるもので、添付してください。
- 医療機関の点数証明を受ける場合は、診療を受けた翌月の10日以降に、申請者記入欄に記入してから前月診療分の点数証明をもらってください。証明手数料は助成対象とはなりません。
- 郵送で申請の場合、ご自分の住所氏名を必ず記入して投函してください。送料は自己負担となります。
- 1か月の医療費について、以下に示す高額療養費にかかる自己負担月額の限度額を超えて支払ったときは、高額療養費制度に該当しますので、加入保険者から通知のある高額療養費決定(支払)書又はそのコピーを必ず添付してください。
[高額療養費にかかる自己負担月額の限度額]
①非課税世帯 35,400円
②課税世帯 57,600円以上(所得によって限度額が4段階に分かれます。)
※限度額がいくらなのか、高額療養費に該当するかはご加入の健康保険組合にお問い合わせください。
- 診療時に「限度額適用認定証」を利用した方は、限度額適用認定証のコピーを添付してください。
- 領収書の返却を希望する方は、領収書のコピーをとっていただき、原本とコピーの両方を提出してください。受領済スタンプを押してお返しします。一度提出された領収書はお返しいたしませんので、ご了承ください。
- 郵送で提出する際に領収書の返却を希望される方は、その旨を書き添えて、領収書の原本とコピー、返信用切手も同封してください。
- 学校等で加入している災害共済の給付を受ける医療費は対象外となります。

お問い合わせ先

〒322-8601 栃木県鹿沼市今宮町1688-1

鹿沼市役所 こども未来部 子育て支援課 こども給付係

TEL0289-63-2172