

## 医療費支給申請書

平成 年 月 日

(申請者) 住所 小松市 町 番地

氏名 (印)

(電話 - )

(あて先) 小松市長

別添領収証明書(領収書)のとおり医療費を支払ったので申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、世帯に係る所得調査及び市民税課税台帳の確認に同意します。

	受給者証番号	小K 小母 小父
診療を受けた人の氏名	フリガナ	S 年 月 日 H
保険証	1~3いずれかに○してください。 1. 前回と同じ 2. 新規 3. 変更(変更のとき、保険変更届を提出してください)	
保険証の被保険者氏名	(記号)	(番号) (保険者番号 )
保険証の記号・番号	(記号)	(番号) 保険証発行機関名
振込先	1~3いずれかに○してください。 1. 前回と同じ 2. 新規 3. 変更(変更のとき、振込先変更届を提出してください)	

領収内訳(事務処理欄のため、以下の欄は記入しないで下さい。)

診療年月	医療機関	入院・外来	初日	日数	点数	支払額	備考
1 年 月		入 外	日	日間			
2 年 月		入 外	日	日間			
3 年 月		入 外	日	日間			
4 年 月		入 外	日	日間			
5 年 月		入 外	日	日間			
6 年 月		入 外	日	日間			
7 年 月		入 外	日	日間			
8 年 月		入 外	日	日間			
9 年 月		入 外	日	日間			
10 年 月		入 外	日	日間			
11 年 月		入 外	日	日間			
12 年 月		入 外	日	日間			

- ・ 申請の都度1枚申請書を提出してください。 ・ 診療月の翌月以降1年以内に申請してください。支払額合計
  - ・ 申請時に医療受給者証、健康保険証、印鑑を持参してください。
  - ・ 領収証明書(領収書)を添付して下さい。
- (レシート分は、月ごとに医療機関で保険診療分の医療費領収証明書を書いてもらってください。)



## 小児医療費・ひとり親家庭等医療費の助成申請が郵送でもできます！

◎医療費を一旦医療機関に支払ったのち、医療機関より発行された領収書又は領収証明書を、医療費支給申請書（裏面）に添えて、市役所こども家庭課へ郵送してください。自己負担額を差し引いた後、口座振込により医療費が助成されます。

- 郵送申請に必要なもの
- ・ **医療費支給申請書**（小松市ホームページからもダウンロードできます）  
※一度の申請で数ヶ月分同時に申請する場合も、申請書は1人1枚で結構です。
  - ・ **領収書または領収証明書**（領収書には患者氏名、診療年月日、保険点数、保険分支払金額、医療機関名、領収印が記載されているかご確認ください）  
※保険外の支払が含まれている領収書で返却をご希望の方は窓口での申請をお願いいたします。
  - ・ **押印があるか必ず確認してください。（認印可、シャチハタは不可）**

- 注意事項
- ・ **健康保険、振込先口座の変更がある場合は、こども家庭課窓口で変更届を提出してください。**
  - ・ **保険診療分で21,000円以上の領収書がある場合は、高額療養費該当の可能性がありますので一度こども家庭課（24-8054）へお問い合わせいただくか、窓口での申請をお願いいたします。**
  - ・ **診療当月分は受付できませんので同封しないでください。**

申請期間 **診療月から1年以内**に申請してください。

対象者 0歳～中学校修了前児（中学校3年生の年度末まで）  
またはひとり親家庭の父又は母及び児童並びに父母のいない児童（児童扶養手当と同等の所得制限あり）。この場合の対象期間は交付申請の翌月から児童が18歳に達する日以後最初の3月31日まで（児童に障害がある場合は20歳になるまで）となります。

助成額 保険診療分にかかる医療費（入院・通院）から、下表の自己負担額を差し引いた金額を支給します。

自己負担額（月額）	
0歳児～2歳児	なし
3歳児～小学校就学前児	500円/月
小学校就学児～中学校修了前児	1,000円/月

ただしひとり親家庭等の場合は、保険診療分にかかる医療費から自己負担額（500円/月）を差し引いた金額を支給します。

申請先 <<郵送の場合>>  
〒923-8650 小松市小馬出町91番地 小松市役所こども家庭課 小児医療担当 あて  
<<窓口の場合>>  
市役所こども家庭課または南支所（土日祝日除く）（受付時間：午前8時30分～午後6時30分）  
こまつ芸術劇場うらら1階 小松駅前行政サービスセンター（休館日：水曜）  
（受付時間：午前9時30分～午後7時）

支給方法 **申請した翌月の25日**（土日祝日の場合はその前日）に口座振込により支給します。  
※郵送による提出の場合、こども家庭課へ届いた日の翌月25日に口座振込となります。

<<申請・お問い合わせ先>>

〒923-8650 小松市小馬出町91番地

小松市役所 こども家庭課 小児医療担当 TEL 0761-24-8054（直通）

申請書：<http://www.city.komatsu.lg.jp/download/shimindownload/1148.html>