

# 医療費の返還の郵送対応について



医療費の返還については、郵送での手続きも可能です。

郵送での手続きをご希望される方は、【注意事項】をお読みの上、下記の【申請者様】の手続きをお願い致します。

## 記

### 【申請者様】

#### 1. 貝塚市 HP より「ひとり親家庭医療費 助成申請書」をダウンロード

※「ひとり親家庭医療費 助成申請書」の用紙については、子ども福祉課の窓口にも用意しています。

※診療月につき「ひとり親家庭医療費 助成申請書」が1枚必要となります。

例・・・令和5年10月と11月受診した場合→申請書が2枚必要となります。



#### 2. 必要書類を添付の上、子ども福祉課へ提出

##### 【必要書類】

- ①被保険者資格が確認できるもの（対象者のもの）のコピー
- ②病院の領収書（氏名・日数・保険点数・領収印が確認できるもの）
- ③保護者名義の振込先金融機関口座確認書類（通帳・キャッシュカードの写し）
- ④健康保険者から、還付を受けることが出来る場合※1、「支給決定通知」
- ⑤治療用補装具等の還付申請の場合、「医師の意見書・指示書等」

送付先 〒597-8585 貝塚市畠中1丁目17番1号

貝塚市役所 子ども部 子ども福祉課

※1・・・健康保険者から高額療養費や家族療養附加給付金などの支給を受けられる場合は、まずその支給を受け、それでもなお自己負担となる保険適用医療費（食事療養費を含む）について、子ども医療費助成を申請することができます。この場合は、高額療養費の支給決定通知など、支給額がわかる書類を添付してください。



### 【子ども福祉課】

1. 申請書を審査の上、支給決定通知を送付。（原則、書類提出があった翌月の中旬以降）



2. 指定口座への振込（原則、書類提出があった翌月の25日振込）

### 【注意事項】

・助成申請書提出の際の郵送代につきましては、申請者様に負担していただきます。

・領収書・医師の意見書や指示書等については、原則、支給決定通知を送付する際、同封してお返しいたします。

字は楷書で、ボールペンではっきり書いてください。(消せるボールペン鉛筆等は不可)

|                  |                       |       |         |                      |               |                    |
|------------------|-----------------------|-------|---------|----------------------|---------------|--------------------|
| 医療費総額<br>(保険適用分) | 保険一部負担金<br>(A × 負担割合) | 高額療養費 | 家族療養附加金 | 公費負担医療<br>助成金(80を除く) | 福祉医療<br>一部負担金 | 支給決定額<br>B－C－D－E－F |
| A                | B                     | C     | D       | E                    | F             |                    |