

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健康保険証（対象者の保険証）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。

☆ひとり親家庭医療費 助成申請書の書き方☆

下記の【記入例】を参考に必要事項（赤字の項目）を記入し、提出してください。

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）

【記入例】

様式第1号（第9条、第10条関係）ひとり親家庭医療費 助成申請書

貝塚市長 様

令和 4年10月 1日

申請者 住所 大阪府貝塚市皇中1丁目17番1号

氏名 貝塚 太郎

（電話〇〇〇-△△△△-□□□□）

対象者の医療証を確認の上、記入をお願いします。

のとおり医療費の助成申請をいたします。支給決定額については、下記口座に振り込んでください。医療費の支給に関し、課税状況等の確認が必要なとき医療保険欄は保険証のコピーを合わせて提出して頂くことで記入不用です。

当年月日（平成・令和） 年 月 日

令和4年1月診療分（補装具は意見書の月）

公費負担者番号 82270091

受給者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 貝塚 つげお

生年月日 令和4年1月1日

受給者

医療保険

所在地

保険者番号

申請内容

1. 府外診療 2. 補装具装着
3. 一部負担金償還金
4. 医療証発行前受診（資格開始 年 月 日）
5. 医療証提示忘れ 6. その他（ ）

振込

〇〇〇 銀行・信用金庫 農協・信用組合

銀行番号

1234

支店番号

123

診療内容

1. 医科（入院） 6. 補装具（外来）
2. 医科（外来） 7. 柔整
3. 歯科 8. 鍼灸マッサージ
4. 調剤 9. 看護・移送
5. 補装具（入院） 10. その他（ ）

口座

種別 普通・当座・その他

口座番号 123456

フリガナ カイツカ タロウ

口座名義 貝塚 太郎

申請者（保護者）名義に限ります。

（医療機関記入欄）

領収明細書

領収金額 円

対象者 にかか

この欄は、記入不用です。

診療科名		科（入院／入院外）		公費負担		日（ ）日間	
診療日	保険診療点数	（結）	（結）	円	円	円	備考
	点			円	円		
	点			円	円		
	点			円	円		
4日目以降計	点			円	円		

年 月 日

医療機関等 所在地 名称

印

※ここから下は、記入しないでください。

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