

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「子ども医療費 助成申請書」をダウンロード

※「子ども医療費 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「子ども医療費 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（対象児童のもの）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。

☆子ども医療費 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4条関係）

子ども医療費 助成申請書

貝塚市長 様

令和 4年10月1日

保護者の氏
名を記入し
てください。

申請者 住所 大阪府貝塚市畠中1丁目17番1号

氏名 貝塚 太郎

（電話〇〇〇-△△△△-□□□□）

お子様の医
療証を確認
の上、記入お
願いします。

とおと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

医療保険欄は被保険者資格

年月日（平成・令和） 年 月 日

が確認できるもののコピー

和4年1月診療分（補装具は意見書の月）

を合わせて提出して頂くこ

とで記入不用です。

公費負担者番号	86270097	医療記	保険者
受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇	医療保険	所在地
氏名	貝塚 つげお	保険者番号	
生年月日	令和4年1月1日		
申請内容	1. 府外診療 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	銀行 信用金庫 銀行番号 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 農協・信用組合 1234 支店番号 △△△△支店 123
診療内容	1. 医科（入院） 2. 医科（外来） 3. 歯科 4. 調剤 5. 補装具（入院） 6. 補装具（外来） 7. 柔整 8. 鍼灸マッサージ 9. 看護・移送 10. その他（ ）	口座	種別 普通・当座・その他 口座番号 1234567 フリガナ カイツカ タロウ 口座名義 貝塚 太郎

当
て
は
ま
る
項
目
に
○
を
お
願
い
し
ま
す
。

申請者（保護
者）名義に
限ります。

（医療機関記入欄）

この欄は、記入不用で
す。

領収金額	円	診療分	<負担割合>
対象者	氏名		
診療科名	科（入院 / 入院外）	年 月 日～ 日（ ）日間	
診療日	保険診療点数	公費負担 （結核・精神等）	保険診療分 患者負担金
	点	点	円 円
	点	点	円 円
	点	点	円 円
4日日以降計	点	点	円 円
年 月 日	医療機関等	所在地	
	名称		

※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	