

書き方見本

太枠の中を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|----|----------|----------------|------|-----------------|-----------|---------------------|
| 負担者番号(市町村番号) | 8 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 | 6 | |
| 受給者番号 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 受給者 | 氏名 | フリガナ | | | | | 生年月日 | | |
| | 相模花子 | サガミ ハナコ | | | | | 昭和 58 年 4 月 8 日 | | |
| 加入医療保険の世帯主 または被保険者の氏名 | 住所 | 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 | | | | | | | |
| | 相模 太郎 | 続柄 | 妻 | 保険者番号 | 1460207 | | | | |
| 被保険者証の記号番号 | 記号 | 10 | 番号 | 12345678 | | | 保険加入日 | 平成30年1月1日 | |
| 支給金 振込 指定先 | ゆうちょ銀行をご指定の場合は、ゆうちょ銀行以外の金融機関からの振込用の店名、口座番号、預金種類をご記入ください。 支店名(店番):3桁、口座番号:7桁 | | | | | | | | |
| | 金融機関名 | 相模 | | | 銀行 | 信用金庫 | 相模原 | 本店(所) | 預金 |
| | 支店名 | | | | 信用組合・農協・漁協 | | 支店(所) | 種類 | 1.普通預金 2.当座預金 |
| | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | フリガナ サガミタロウ |
| 金融機関コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 本・支店(所) コード | 9 | 8 | 7 | 通帳名義人 氏名 相模太郎 |
| 相模原市からの支払金は、上記の預金口座への振込の方法によりお支払ください。また、申請及び請求者と口座名義人が異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって相模原市からの支払金の受領と認めます。 | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり医療費の支給申請及び支給額の請求をします。 なお、当該支給額の算定にあたり、必要がある場合においては、医療機関、保険者等へ問い合わせを 令和 年 月 日 相模原市(緑区・中央区) 中央2-11-15</p> <p>申請及び請求者 (受給者本人) 住所 中央2-11-15 相模原市長あて (未成年者は保護者名) 電話 042(769)8231</p> <p>氏名 相模花子 (対象者との続柄 本人) 自署の場合は押印不要</p> <p>あんま・マッサージ、はり・きゅう施術業者の代理人口座への振込みの場合は以下に代理人住所、代理人氏名を記入ください。 代理人住所 代理人氏名(代表者名)</p> <p>(連絡先:)</p> | | | | | | | | | |

【記入方法】

医療証に記載されている「負担者番号」及び「受給者番号」を記入してください。
医療証に記載されている受給者のお名前、住所、生年月日を記入してください。
診療時に加入されていた健康保険についてご記入ください。
被保険者名、保険者番号、記号、番号は医療証に記載されています。
枝番の記載がある場合、番号に続けて枝番の前後に()を付けて記入してください。
続柄は、被保険者からみた受給者の続柄を記入してください。
保険加入日は、受給者の認定日(資格取得日)を記入してください。
ご希望の振込先を記入してください。金融機関名、本支店(所)名、預金種類、口座番号(右づめ)、通帳名義人を記入してください。
金融機関コード・本支店(所)コードがわかる場合は記入してください。

【ゆうちょ銀行を指定の場合の注意事項】

ゆうちょ銀行以外の金融機関からの振込用の口座内容を記入してください。
振込用の口座内容はゆうちょ銀行の窓口で通帳に印字してもらうことができます。

(記入例)

| | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|------------|----------------|-------|-------|------------------|---------------------|
| ゆうちょ銀行をご指定の場合は、ゆうちょ銀行以外の金融機関からの振込用の店名、口座番号、預金種類をご記入ください。 支店名(店番):3桁、口座番号:7桁 | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | ゆうちょ | | | 銀行 | 信用金庫 | 一九八 | 本店(所) | 預金 | |
| 支店名 | | | | 信用組合・農協・漁協 | | 支店(所) | 種類 | 1.普通預金 2.当座預金 | |
| 口座番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | フリガナ サガミタロウ | |
| 金融機関コード | 9 | 9 | 0 | 0 | 本・支店(所) コード | 1 | 9 | 8 | 通帳名義人 氏名 相模太郎 |

申請日、請求者(原則は受給者本人、未成年者の場合は保護者)、氏名、電話番号を記入してください。

プリンターによる印字やコピーなど自署でない場合は押印してください(認印可)。

【添付書類】

- 1.領収書の原本(受診者氏名・保険点数・診療日数・金額が記載されているもの。)
領収書返却希望の場合は領収書原本とコピーの両方を添付してください。原本は助成金の支給決定通知書に同封してお返しします(お返しまで4か月以上かかる場合があります)。急ぎの返却を希望される場合は切手を貼った返信用封筒を一緒にご提出ください。なお、全額が助成対象となる領収書は、原本はお返しできません。
- 2.高額療養費・附加給付金支給決定通知書(支給該当の場合のみ必要。)
保険診療による医療費の自己負担分が高額になると、ご加入の健康保険から高額療養費や附加給付金が支給される場合がありますので、健康保険から支給を受けた後で市へ請求してください。(高額療養費等は診療月から3か月程度たってから支給されます。支給基準や支給方法は健康保険ごとに異なりますので、ご加入の健康保険にお問い合わせください。)
- 3.コルセット代(治療用装具代)、保険証不携帯時の診療、小児弱視等の治療用眼鏡など10割の医療費を支払った場合
ご加入の健康保険が保険適用とした場合、健康保険から療養費(健康保険が負担する費用)が支給されるので、支給を受けた後に市へ請求してください(療養費の支給を受けた後でないと市へ請求できません。)。必要書類は「医療費支給申請書兼請求書」の他に次の書類が必要となります。
健康保険からの支給決定通知書の原本
健康保険に提出した書類一式の写し
書類一式の例
・コルセット代(治療用装具代)、小児弱視等の治療用眼鏡の場合
領収書の写し、医師の診断書または作成指示書の写し
・保険証不携帯時の診療の場合
領収書の写し

【助成の内容】

保険診療による医療費の自己負担分を助成します。保険診療以外の医療費及び入院時の食事の標準負担額は助成の対象とはなりません。健康保険から高額療養費・家族療養附加給付金として支給される金額は除きます。
高額療養費・家族療養附加給付金の支給対象の可能性のある場合は、診療月から3か月以降に健康保険との調整をするため、支給額決定まで4か月以上かかります。

【提出先・問合せ先】

重度障害者医療費助成の受給者の方

<受付窓口>

各高齢・障害者相談課・各保健福祉課・各市民課(中央区は除く)
まちづくりセンター(大沢・大野北・田名・上溝・大野中・麻溝・新磯・相模台・相武台・東林)・各出張所

<郵送先・問合せ先>

〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15
相模原市役所 高齢・障害者支援課 障害支援班 電話 042(769)8355 FAX 042(769)5708
Eメール: k-s-shien@city.sagamihara.kanagawa.jp

小児医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成受給者の方

<受付窓口>

各子育て支援センター(城山・津久井・相模湖・藤野地域を含む)、各市民課(中央区は除く)、
まちづくりセンター(大沢・城山・津久井・相模湖・藤野・大野北・田名・上溝・大野中・麻溝・新磯・相模台・相武台・東林)、
各出張所

<郵送先・問合せ先>

〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15
相模原市役所 子育て給付課 医療給付班 電話 042(704)8908 FAX 042(759)4395
Eメール: kosodatekyufu@city.sagamihara.kanagawa.jp