

受付番号

※該当する番号に○をつけてください。

- 1 こ ど も
- 2 重度心身障害者
- 3 ひとり親家庭等

医療費支給申請書

三郷市長あて

令和 年 月 日

申請者住所

氏名

電話

()

下記のとおり医療費を申請します。本申請に係る医療費助成金は、登録を行った口座に振り込むよう依頼します。なお、市が健康保険組合等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認することを承諾します。

申請者記入欄

医療を受けた人	受給資格証番号		右詰め記入	保険者番号		右詰め記入	
	フリガナ				保険者名称	全国健康保険協会 _____ 支部・船員保険 国保・後期・健保組合・共済組合・国保組合	
	氏名				記号・番号		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格取得・ 認定年月日	年 月 日
	診療月	平成 令和	年	月	被保険者氏名 (世帯主・組合員・加入者)		
学校や保育園等での授業、行事、部活動又は交通事故によるけがや疾病の医療費である。				はい・いいえ			
申請額が 21,000 円以上の場合				この申請分と同月に、同じ健康保険証を使って、1ヶ所の医療機関に保険診療分の医療費を 21,000 円以上支払った家族がいる。		はい・いいえ	

○領収書を添付（原本）し、受診者、医療機関（薬局分も必要）、診療月別で申請書（コピー可）の提出が必要となります。
○医療費の申請は、5年を経過すると時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。
○診療を受けた翌月以降に、申請してください。

○申請者記入欄は必ず記入してください。
○入院等により高額療養費・附加給付に該当する場合には、医療を受けた方の加入健康保険発行の明細（支給決定通知書等）と領収書の写しを添付してください。※三郷市国民健康保険は不要

医療機関等記入欄

領収書	
保険診療総点数	_____ 点
保険診療一部負担金	_____ 円 (食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない)
診療年月	_____ 年 _____ 月
1 平成 _____ 年 _____ 月	
2 令和 _____ 年 _____ 月	
診療日数	_____ 日
1 入院 _____ 日	
2 外来 _____ 日	
_____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関等所在地 名称 氏名
_____ 点	他法番号 _____
_____ 点	他法負担分 _____ 点
_____ 点	_____ 点
_____ 点	_____ 点

処理欄

確認区分	診療区分	4 柔整	定額区分
1 証明書	1 医科	5 補装具	1 強制
2 レシート	2 歯科	6 養育	
	3 調剤	7 訪問看護	

医療機関のかたへ

- 1 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- 2 保険診療総点数の欄で総点数の記入できないものは、総金額の 1/10 を記入してください。
- 3 医療機関コードは、診療報酬明細書で使用しているコードを記入してください。

※医療費支給申請書を提出する方は、裏面もご覧ください。

【市内の医療機関を受診の場合】

「ひとり親家庭等医療費」・「重度心身障害者医療費」の支給については、医療機関の窓口で医療費を支払って頂き、医療費支給申請書を医療機関窓口へ提出してください。医療費支給申請書は、医療機関で1ヶ月分をまとめて三郷市へ提出となります。なお、「子ども医療費」については窓口での支払いはありません。

【市外の医療機関を受診の場合】

各医療費とも医療機関の窓口で医療費を支払って頂き、領収書を医療費支給申請書に添付のうえ、三郷市へ提出してください。

1. 入院時の食事療養費や保険診療以外の健康診断料、文書料、薬の容器代等は支給対象外となります。

2. 加入保険証や振込口座などの変更があった場合は届出をお願いします。

3. 子ども医療費を受給されている方で転出等により受給資格が消滅した場合は、三郷市での子ども医療費の受給資格が喪失しておりますので、喪失後、市内の医療機関にて「受給資格証」を使用し、「窓口払い無し」で受診した場合は、医療費の返還をさせていただくこととなりますのでご注意ください。

問い合わせ先

〒341-8501 三郷市花和田648番地1

子ども医療費・ひとり親家庭等医療費

子ども支援課 電話 (直通) 048-930-7781

重度心身障害者医療費

障がい福祉課 電話 (直通) 048-930-7779

受付時間>土日、祝日、年末年始を除く午前8時30分から午後5時15分まで

入院などで高額療養費・附加給付に該当した場合の医療費支給申請

入院などで1ヶ月の保険診療自己負担額(病院などで支払った医療費分)が、自己負担限度額を超えた場合は、この用紙(医療費支給申請書)に加入している健康保険組合などから発行される医療費の明細(支給決定通知書など)と医療機関発行の領収書の写しの添付が必要です。ただし、三郷市国民健康保険に加入している方は支給決定通知書の写しの添付は必要ありません。なお、限度額については健康保険にご確認ください。

手続き

1. 加入している健康保険で高額療養費・附加給付の手続きをしていただきます。なお手続き方法については健康保険へお問い合わせ下さい。(入院などでお支払いが高額(自己負担限度額以上)になった場合や、家族の中で同じ月に21,000円を超えて自己負担額を支払ったとき、これらに該当する場合があります。)
2. 手続き終了後に健康保険から発行される医療費の明細(支給決定通知書など)と領収書の写しを医療費支給申請書に添付のうえ申請して下さい。
3. お支払い医療費から、高額療養費・附加給付を差引いた差額分を三郷市から助成いたします。
※附加給付(健康保険によっては支給されるもの)

参考

■自己負担限度額(月額) 70歳未満

所得(※)区分	自己負担限度額
901万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% <4回目以降 140,100円>
600万円超	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%
901万円以下	<4回目以降 93,000円>
210万円超	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%
600万円以下	<4回目以降 44,400円>
210万円以下	<4回目以降 44,400円>
住民税非課税	35,400円 <4回目以降 24,600円>

※所得：前年の総所得金額と山林所得、株式の配当所得、土地・建物などの譲渡所得金額などの合計金額(ただし、退職所得は含まず、雑損失の繰越控除は控除しません。) から基礎控除(33万円)を引いた金額。