

市受付印	<p style="text-align: center;">青 高校生等医療助成費支給申請書</p> <p>(宛先) 小金井市長</p> <p>申請書提出日を記入</p> <p>下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、情報システムに記録されることを承知します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日申請</p>
受付者	

記入例

高校生等医療証の記載内容									
医療証番号	8 9 1 3 1 3 3 8					5 0 0 0 0 0 0			
高校生等氏名	小金井 一郎				高校生等生年月日	○年1月1日			
保護者氏名	小金井 太郎				住所	小金井市本町6-6-3			

【記入・申請上の注意】

- ・高校生等医療証と高校生等の加入している健康保険証を参照してご記入ください。
- ・申請（届）は郵送でも受け付けますが、普通郵便で郵送した場合の事故については、一切責任を負いませんので、ご心配な方は「簡易書留郵便」をご利用ください。
- ・振込先の金融機関は、必ず、高校生等医療証に記載されている保護者名義の口座をご記入ください。また、ゆうちょ銀行へ振込の方は通帳の振込口座の店番号・口座番号記載面の写しが必要です。

【添付する領収書について】

- 税の医療費控除で領収書の原本が必要となる方
提出する領収書内に、保険外の治療・入院時食事療養費標準負担額（自費分）等の記載がある場合で、税の医療費控除を受けるため領収書原本の返却が必要な方は、別途「証明・領収書原本返却願」（ダウンロードできます。）と、返信用の封筒（切手を貼付して住所氏名を記入したもの）を同封してください。
- 領収書の原本添付の例外
申請には領収書原本の添付が必要です。ただし、ご加入の保険者（組合等）から「療養費の支給決定通知書」を受けている場合で、「療養費支給決定通知書」と領収書のコピーがある場合に限り、領収書のコピーでも受け付けます。
- 高校生等の氏名・保険点数・負担割合の確認
領収書には、高校生等の氏名と医療保険対象総点数（自己負担分の総点数）が記載されている必要があります。ご確認ください。また、負担割合が30%（3割負担）となっているか確認してください。

【保険証を使用せず領収書の負担割合が100%（10割負担）の場合の手続】

やむを得ず高校生等の保険証をお持ちでないときに診療した場合で、医療費を全額自己負担した場合は、領収書の負担割合が100%（病院によっては200%）となっています。その場合は、高校生等の加入する保険者（組合等）へ療養費の請求をしてください。保険者から療養費として認められた場合は、「療養費支給決定通知書」が送付されます。その際、領収書の原本を保険者に提出しますので、必ず保険者へ提出する前に領収書のコピーをとってください。
保険者から療養費の支給を受けた後、送付された「療養費支給決定通知書」と「領収書のコピー」を添付して、高校生等医療助成費支給申請をして助成を受けてください。

【補装具費用・小児慢性疾患負担金を請求の方】

補装具：「領収書のコピー」「医師の診断書のコピー」「療養費支給決定通知書」を添付してください。
小児慢性：領収書のほかに「小児慢性疾患医療券のコピー」を添付してください。

※申請用封筒・切手はご自分でご用意ください。

ご不明な点は、お問い合わせください。

【問合せ先】

小金井市 子ども家庭部
子育て支援課 手当助成係
電話042-387-9839（ダイヤルイン）

申請書郵送時、封筒に貼付し宛名ラベルとしてご使用ください。

〒184-8504
小金井市本町六丁目6番3号

小金井市役所
子育て支援課 手当助成係 行

(マル青支給申請書在中)

児童の保険証を見ながら記入してください。

医療証の保護者になっている方の口座にのみ振り込めます。児童名義の口座への振込はできません。

高校生等の保険証の内容			
の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()	世帯主組合員被保険者氏名	小金井 太郎
の番号	123	番号	1234567
保険者番号	061234567	保険者名称	小金井健康保険組合

必ず領収書原本を添付すること。			
金融機関名	小金井	銀行 信用金庫 農協・信用組合	支店名 武蔵小金井支店
金融機関コード	0000	支店コード	123
口座種別	普通 当座・貯蓄	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座種別		カタカナで記入してください。	
口座名義人（医療証の保護者名義に限る。）		コガネイ タロウ	
先電話番号（振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可）		042 (388) 1234	

市 記 入 欄	
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 医療券の写し (小慢)
連絡事項	
支給決定額	