

（親）ひとり親家庭等医療費支給申請書

（申請先）
新座市長

○年 ○月 ○日

収 受 日

記入例

申請者 住所 新座市 野火止1丁目1番1号

氏名 新座 太郎

電話 048 (477) 1111

下記のとおり医療費の支給を申請します。また、新座市が保険者や医療機関等の関係機関に対し、本申請に係る助成額の算定のために必要な情報を照会し、回答を受けることに同意します。

申請者記入欄

受給者証番号	1	2	3	4	5	6	7	加入医療保険		
フリガナ	ニイザ ハナコ							名 称	新座市	国民健康保険 健保組合 共済組合 全国健保協会 後期高齢者医療
受診者氏名	新座 花子									
受診者区分	保護者 ・ 児童							記号・番号	(記号) 埼新	(番号) 1 2 3 4 5 6 7
生年月日	令和8年1月1日									
診療年月	○年 ○月							世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	新座 太郎	
① 学校、幼稚園及び保育園等の管理下（通学・通園を含む。）でのケガや疾病ですか。 ※日本スポーツ振興センター災害共済給付制度の対象の場合、医療費助成の対象外です。									はい・いいえ	
② 交通事故等の第三者行為によるケガや疾病ですか。									はい・いいえ	
③ 他の医療助成制度等による給付はありますか。									はい・いいえ	
④ 申請額が21,000円以上の場合 この申請以外に、同じ保険に加入している御家族の方で、同一月に一つの医療機関に 21,000円以上支払った医療費（保険診療分）はありますか。									はい・いいえ	

※受診者別、診療月別、医療機関別又は調剤薬局別に申請してください。
（同じ医療機関でも入院・外来、内科・歯科は別にしてください。）

※領収書添付欄 領収書を左端にそろえてホチキス止めしてください。

※令和

★「申請者記入欄」を全て記入し、添付書類を添えて提出してください。
★①～④について、「はい」又は「いいえ」に○を付けてください（④は、申請額（保険診療分）が21,000円以上の場合のみ）。
※ いずれかに該当する場合は、申請前にこども支援課まで御連絡ください。

★1か月分の領収書（原本）を申請書表面の左端下段に揃えて、ホチキス止めしてください（のりやテープでは貼らないでください）。

★領収書は、以下の全ての事項が記載されたものが必要となります。

- 診療年月日
- 受診者の氏名
- 領収金額
- 保険点数及び一部負担金（その他、保険外や食事代があればその額）
- 領収年月日
- 医療機関名、所在地、電話番号

（受診者氏名）

様

石 氏 名

印

- 注）
- 受給者証番号は、「保護者」と「児童」で異なり、1年ごとに変更となります。
 - 申請期間は、医療機関等に支払った日（領収日）から5年です。
 - 受診した月の翌月以降に申請してください（出張所又は郵送での提出も可）。
 - 保険者から高額療養費や付加給付金等が支給される可能性があるときは、支給が遅れることがあります。
 - 加入医療保険の変更（記号・番号のみを含む。）が生じたときは、必ず届け出てください。

一部
高額
付加
助成額

「医療機関等記入欄」は、紛失等により領収書を添付できない場合に、医療機関等が証明する欄です。必要事項が記載された領収書がある場合は、証明は不要です。なお、証明に費用が掛かる場合は、当該費用は自己負担（助成対象外）となります。

助成額(A-B-C)

円

（備考）