

# 医療費の払い戻し申請書

(こども医療・ひとり親家庭等医療・重度障害者医療)

神戸市

区長宛

申請日

令和

年

月

日

申請者	フリガナ		受給者との続柄	本人・保護者・後見人
	氏名		電話番号	— — ※日中連絡がつく携帯番号など
	住所	〒 —		

※この申請は本人(受給者)がするものです。

ただし、未成年(こども医療の場合は18歳以下)の場合は保護者、被後見人の場合は後見人が申請してください。

下記のとおり、領収書(コピー ※返送不要の場合、原本でも可)を添えて、医療費の払い戻しを申請します。また、この申請に関して、保険者や医療機関など関係機関に対し、必要な情報を市が調査することに同意します。なお、申請内容に虚偽があることが発覚した場合は、助成額を返還します。

受給者	フリガナ		受給者番号						
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	大・昭 平・令			年	月	日

※受給者本人が申請する場合、「受給者氏名」欄の□に✓を入れ、「受給者番号」と「生年月日」を記載してください。

口座情報	金融機関名(コード: )	銀行・信金 信組・農協	支店名(コード: )	支店 出張所	預金種目	普通	当座	貯蓄
	口座番号		口座名義(カナ)					
			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					

※原則、受給者名義の口座としてください。

ただし、未成年(こども医療の場合は18歳以下)の場合は保護者、被後見人の場合は後見人の口座としてください。

受給者・保護者・後見人以外の口座を指定する場合は、別途委任状が必要です。

高額療養費等(高額療養費及び附加給付金)について、いずれかの□に✓を入れてください

※1 神戸市の国民健康保険に加入している方は、記入不要です。

※2 支給されるかどうか不明な場合は、加入している健康保険にご確認ください。

<input type="checkbox"/> 今回申請する月に「高額療養費等」が、 <u>支給</u> されます。 ⇒ <u>療養費等支給状況証明書</u> または <u>支給決定通知書</u> を添付してください。
<input type="checkbox"/> 今回申請する月に「高額療養費等」は、 <u>支給</u> されません。

(以下、職員記入欄)

審査期間	起案日	年 月 日	資格期間	取得日	年 月 日	申請期間 (枚数)	年 月~ 年 月	
	決裁日	年 月 日		喪失日	年 月 日		( 枚)	
総医療費		負担率		日数	一部負担金	附加・高額・療養費	支給決定額	
点×10円 円		×0.1	×0.2	×0.3	日	円	円	
決裁	課長	係長	担当	医療の種類	こひ障	保険の種類	備考	窓 郵 才 受付
				負担区分		1. 市国保 番号: 2. 市国保以外		