

小児医療費助成請求の流れ（書類記入方法、委任状要否）



- ※ 上記のフロー図のいずれにも当てはまらないような場合は、市にお問合せいただきますようお願いいたします。
- ※ 受診日時点ではなく、償還払いの申請日時点の状況となります。
- ※１ 被保険者とは、対象小児が加入している健康保険のことであり、例えば、父母が共働きでそれぞれ別の健康保険に加入しており、対象小児が父の健康保険の被扶養者である場合は、被保険者は父となる。なお、小児本人が就労等に伴い、社会保険に加入している場合は、被保険者は対象小児本人となる。
- ※２ 保護者とは、小児の世話をし、かつ、これと生計を同じくするその父又は母（父又は母に世話をされず又はこれと生計を同じくしない小児の世話をし、かつ、その生計を維持する者）。

茅ヶ崎市小児医療費助成申請書

（宛先）茅ヶ崎市長

住 所

申請者 氏 名

電 話

□高額療養費の年間上限到達などにより健康保険組合等から還付があった場合は、その旨を市へ報告し、過払金について市へ返還します。**※チェックがない場合は、償還払いできません。**

□申請者が市外居住者のため、市内居住者の保護者宛に通知等の送付を希望

次のとおり医療費助成を申請します。

フリガナ		対象小児	平・令 年 月 日
対象小児氏名		生年月日	（未就学・小・中・高・その他）
受給者番号 （医療証に記載）		添付書類	☐ 領収証 ☐ 支給決定通知書 ☐ 装具証明書・作成指示書 ☐ 公費負担医療受給者証 及び自己負担上限管理票

受付者：

申請額	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---