医療費の払戻しを受けるための申請書です。以下に該当する場合は申請書と領収書の原本を郵 送または窓口に持参し、提出してください。

- 1)静岡県外の医療機関を受診した
- 2) 受給者証を提示せずに医療機関等を受診した

■注意事項

- ・「人ごと」、「月ごと」、「医療機関(病院、薬局等)ごと」に分けて申請してください。
- ・受給資格期間内で受診日から1年以内が払戻しの対象となります。
- ・申請書は沼津市のホームページでダウンロードできます。

申請書ダウンロード>申請書一覧>市民福祉部・こども未来創造課>ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書(PDF版)

- ・下記の事由等による場合は、申請書の「保険診療等領収証明書」欄に医療機関等から証明を受けてください。
 - ①領収書の用意ができない(紛失し、医療機関等から再発行ができない等)
 - ②領収書に必須事項(受診者の氏名・受診日・保険診療点数等)が記載されていない

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書 記入例

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書 受 (あて先) 沼津市長 令和 日 受給者が 給 住所 沼津市 受給者 受給者(母・父等)の 者 氏 名 住所・氏名 (電話) 記 記 受給者 受給者証(オレンジ色)の番号 入 証番号 受診した方の 欄 受診者 受診者 玍 月 日生 氏名・生年月日 生年月日 氏 名 *口座・加入医療保険に変更がある場合は別途届け出ること。 保険診療等領収証明書 (¥を付けてください) 千丨 十万万万 百 保険診療による 外来 年 自己負担額のみ 受給者は記入しな 入院 医 日~ 月 保険点数 月 \exists 療 円 月 薬剤 点 機 分 関 「*証明は、診療月、診療科目、保険者、外来・入院別に記入してください 等 *1度証明したものを、やむをえず再度証明する場合は、「再発行」と明示してください 記 年 月 日 入 所 在 地 欄 医療 名 称 機関等 (印) 代表者名