様式第６号

ひ

庭等医療費助成申請書

令和 ○ 年 □ 月 △ 日

記入例
赤字の箇所を
記入してください。

（保護者）

所　佐賀市　栄町1 番1号

フリガナ　サ カ ケ コ
氏　名　佐 賀　花 子

日中連絡がつく電話番号　0952 — 40 — 7252

申請者記入欄

助成対象者		加入医療保険	
資格証番号	1 2 3 4 5 6 7	記号・番号	1234567 — 1234
		被保険者氏名	(申請者)・その他（　　）
フリガナ 氏　名	サガ タロウ 佐賀　太郎	保険者名称	(1) 全国健康保険協会・佐賀 支部 2 佐賀市（国民健康保険組合） 健保組合 3 共済組合 国保組合
生年月日	昭和・(平成)・令和 25 年 11 月 26 日生	保険者番号	01410018

資格証番号は、
「佐賀市ひとり親家庭等医療費受給資格証」（桃色のカード）
の番号を記入してください。

受診時に加入していた
医療保険情報を記入してください。

医療機関等記入欄（領収）

保険診療額（領収）証明

患者氏名				
診療				
区		①入院	②外来（入院外）	③調剤
			１回目 / ２回目以降	
保険診療総点数	点	点	点	点
他法公費負担点	点	点	点	点

● 申請書を記入するときの注意

・申請書は、「受診者」「診療月」「医療機関（入院・外来・調剤別）」に分けて作成してください。
・総合病院は、医科と歯科に分けて作成してください。
＜例＞
１か月に病院２か所、歯科１か所、薬局２か所に行った場合は、合計５枚

● 領収書に関する注意

・領収書は、患者名、診療日、保険点数、金額、医療機関名の記載があるものに限ります。
・請求書や診療明細書のみでは申請いただけません。
・領収書がない場合や、上記の必要事項の記載がない場合などは、医療機関から表面の「医療機関等記入欄」に証明をもらってください。
・高額療養費や付加給付の給付を受けた場合は、給付額が分かるものも提出してください。

申請書は、
医療費を支払った日の翌月以降 １ 年以内に提出してください。

［注］
１．申請書は、助成対象者ごと、病院・薬局ごと、診療月ごと、入院・外来ごとに作成してください。
２．申請書は、医療機関を受診した月の**翌月以降に提出**してください。申請期限は医療費の支払日から**１年以内**となりますのでご注意ください。
３．申請書には、**領収書**の貼付または、医療機関の**「証明」**が必要です（レシート不可・その他健康保険の支給決定通知などが必要になる場合があります）。

受　付

点数区分：1.医科 2.歯科 3.調剤 5.訪問　入外区：1.入院 2.外来　対象回数：1.1回 2.2回以上　保険区：1.国保 2.国組 3.社保

【問合せ（郵送）先】〒840-8501　佐賀市栄町１番１号　佐賀市役所　こども家庭課　子育て給付係　Tel40-7252（直通）