

子育て支援医療費助成制度 医療費払い戻しの郵送による手続き方法

- ①「子育て支援医療費助成支給申請書」を印刷してください。
- ②下記の記入例を参考に申請書に記入してください。
- ③領収書の原本を添えて、市役所保険医療課宛に郵送してください。
※領収書の返送を希望される場合はその旨お申し出ください。
宛先 〒625-8555 舞鶴市字北吸1044番地
舞鶴市役所 保険医療課 後期高齢・福祉医療係

記入例

子育て支援医療費助成 支給申請書

3歳未満・就学前・小学生・中学生				医療を受けた方の氏名・ 舞鶴 一郎		生年月日 (H・R) 3・1・1 生				
受給者番号				健康保険の種類		国保・国組・政・組・共				
申請区分	1. 取扱外医療機関受診 (外来・入院)			保険者番号						
	2. 療養費 (装具・一般診療)			記号番号						
	3. 小学生時間外受診									
4. 中学生 外来高額										
5. その他 ()										
保険者からの付加給付		無・有		負傷・疾病の発生場所		学校以外・学校				
(フリガナ) 口座名義		金融機関名		種別		口座番号				
マイツル タロウ		舞鶴 銀行		本店 普通		1234567				
舞鶴 太郎		北吸 信用金庫		支店 当座						
<input type="checkbox"/> 前回と同じ口座への振込を希望 (『✓』をいれてください)										
下記の通り、医療費の支給を申請します。 なお、この申請に関する事で、舞鶴市が医療機関等に確認すること、また必要があれば、災害共済給付制度申請の有無を教育委員会に確認する事に同意します。										
令和 3 年 8 月 1 日				<申請者(保護者)>						
舞鶴市長様				住所 (〒 625-8790) 舞鶴市 字北吸1044番地						
				氏名 舞鶴 太郎						
				日中の連絡先 (自宅・職場 (携帯) ☎ 000 (0000) 0000						
医療機関名	年月	日数	区分	点数	総医療費	点数 × 割合	領収額	附加給付	一部負担金	支給額
	/		入・外 その他 調							
	/		入・外 その他 調							
	/		入・外 その他 調							
	/		入・外 その他 調							
	/		入・外 その他 調							
	/		入・外 その他 調							
	/		入・外 その他 調							

振込を希望される口座の情報を記入してください。
※ゆうちょ銀行へのお振込みを希望の場合で、支店名が不明のときは、支店名を空白にし、口座番号のところに記号番号(13ケタ)を記入してください。

お子さまのお名前・生年月日を記入してください。

保護者の方の住所、氏名、電話番号を記入してください。