

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、押印してください。
- 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	
受給者番号				生年月日 (H 26 . 1 . 1 生)	
申請区分	1. 取扱外医療機関受診 (外来・入院)			健康保険の種類 国保・国組・政・組	
	2. 療養費 (装具・一般診療)			記号番号	
	3. 小学生時間外受診			保険者番号	
4. 中学生入院 3,000 円超					
5. その他 ()					
名義人 (カタカナ)		金融機関名		種別	口座番号
舞鶴 太郎		舞鶴 北吸		本店 普通 支店 当座	1234567

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に同意します。

平成 **26** 年 **8** 月 **1** 日
舞鶴市長様

<申請者 (保護者)>
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 × 割数	領収額	附加給付	一部負担金	支総
/	/	/	入・外 その他 歯・調							
/	/	/	入・外 その他 歯・調							
/	/	/	入・外 その他 歯・調							
/	/	/	入・外 その他 歯・調							
/	/	/	入・外 その他 歯・調							
/	/	/	入・外 その他 歯・調							
/	/	/	入・外 その他 歯・調							
/	/	/	入・外 その他 歯・調							
/	/	/	入・外 その他 歯・調							

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、最後に必ず押印をお願いします。

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り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。