

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、下記の記入例を参考に必要事項を記入してください。



②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。
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

負傷または疾病の発生場所について○してください。
(学校などの管理下である場合、災害共済給付制度申請を確認させていただく場合がございます。)

お子さまのお名前・生年月日を記入してください。

加入しておられる健康保険からの還付(家族療養費など)の有無について○してください。
※有の場合は、還付額の分かるもの(支給決定通知など)を同封してください。

振込を希望される口座の情報を記入してください。
※ゆうちよ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、口座番号の欄に記号番号(13ケタ)を記入してください。

子育て支援医療費助成 支給申請書										
対象者氏名・生年月日				舞鶴 一郎 (H 5 . 1 . 1)						
保険者番号										
保険種別				国保・国組・政・組・共						
記号番号										
自傷・疾病の発生場所 (学校・幼稚園や保育所・その他)				保険者からの付加給付 (無・有)						
振込口座		金融機関名		種別		口座番号				
マイツル タロウ 舞鶴 太郎		舞鶴 銀行 信用金庫 北吸		本店 普通 支店 当座		1234567				
☐ 前回と同じ口座への振込を希望 (『√』をいれてください)										
下記のとおり、医療費の支給を申請します。 令和 6 年 1 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 連絡先 西 090 (0000) 0000 (自宅・携帯) ※日中に連絡のつきやすい番号を記入してください。										
医療機関名	年月	日数	区分	点数	総医療費	点割×割合	領収額	付加給付	一部負担金	支給額
	／		入・外							
保護者の方の住所、氏名、電話番号を記入してください。										
	／		他・調							
	／		入・外							
	／		他・調							
	／		入・外							
	／		他・調							
	／		入・外							
	／		他・調							
領収証の返却をご希望の方は ☐ にチェックしてください。 ※チェックがない場合はこちらで原本をいただきます。										
☐ 領収証の返却を希望 (『√』をいれてください)										

記入例