子ども・障害者・ひとり親家庭等医療　県外受診等の払戻し手続きについて

R5.10.1 改訂

県外の病院を受診した場合や、他の医療証が優先され支払いが生じた場合には、払戻しをいたします。
月ごとにまとめ、都度申請してください。

◆請求に必要な書類

1. 医療証
2. 健康保険証
3. 領収書（コピー可）
4. 印鑑
5. 通帳
6. 療養費支給証明書（国民健康保険、後期高齢者医療保険の場合は不要）・・・裏面参照

通帳は・・・
- ・こども医療　→　保護者の　・・＊1
- ・障害者医療　→　受給者本人の
- ・ひとり親医療　→　受給者（親）本人の

ものをご用意ください

※用紙上部は、ご自身でご記入ください。
用紙下部は、受診日時点に加入していた保険者に証明いただく必要があります。受診日時点に加入していた保険者へ提出し、証明いただくよう依頼してください。
証明書は、**「医療機関ごと・月ごとに１枚ずつ」**必要です。

≪ご注意≫

＊　支払日翌日から５年以上経過したものは払戻しできません。
お早めにお手続きください。

＊1 受診者本人が就業などにより被保険者となっている場合は、
自身の通帳でも可能です。

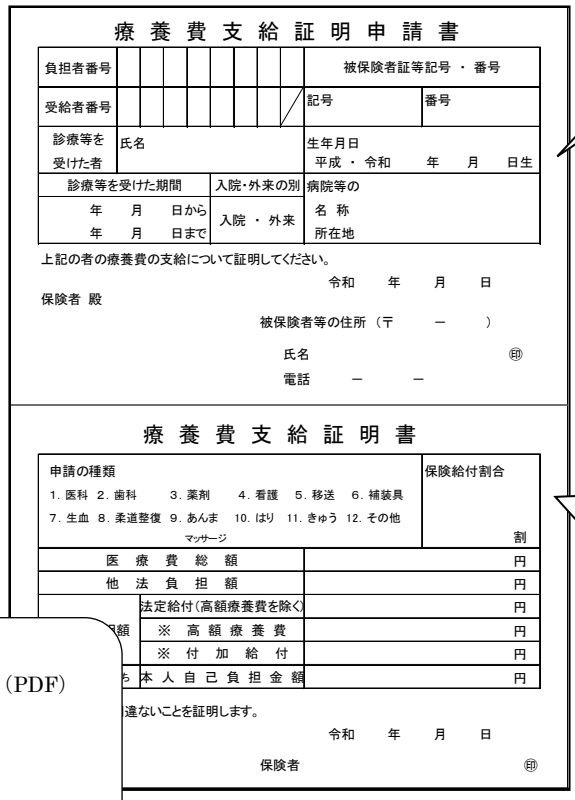
《 問い合せ先 》
筑前町役場　健康課国保医療係
℡0946-42-6607

◆療養費支給証明書は役場健康課国保医療係または総合支所窓口係で配布しています。
また、役場ホームページからもダウンロードできます。

ダウンロード方法

筑前町役場ホームページ
↓
健康・福祉
↓
健康
↓
医療費助成制度
↓
重度障害者
こども
ひとり親家庭等
} 医療費助成制度
↓
重度障害者
こども
ひとり親家庭等
} 医療費療養費支給証明書（PDF）

＊子ども医療費療養費支給証明書は、
【中学生以下】と【高校生世代】とがあります。



療養費支給証明申請書

負担者番号		被保険者証等記号・番号	
受給者番号		記号	番号
診療等を受けた者	氏名	生年月日 平成・令和　年　月　日生	
診療等を受けた期間		入院・外来の別	病院等の
年　月　日から 年　月　日まで		入院・外来	名称 所在地

上記の者の療養費の支給について証明してください。

令和　年　月　日

保険者 殿

被保険者等の住所（〒　－　）

氏名　㊞

電話　－　－

療養費支給証明書

申請の種類 1. 医科 2. 歯科 3. 薬剤 4. 看護 5. 移送 6. 補装具 7. 生血 8. 柔道整復 9. あんま マッサージ 10. はり 11. きゅう 12. その他	保険給付割合　割
医療費総額	円
他法負担額	円
法定給付（高額療養費を除く）	円
※高額療養費	円
※付加給付	円
本人自己負担金額	円

違ないことを証明します。

令和　年　月　日

保険者　㊞

用紙上部は、ご自身でご記入ください。

用紙下部は、受診日時点に加入していた保険者に証明いただく部分です。
保険者へ提出し、証明いただくよう依頼を行ってください。