

◆在支付申请书上填写所需信息后，在确认栏上划✓，并填写发票张数。

所需材料	待确认项目	确认栏
支付申请书	是否在“地址·姓名·电话号码”栏上已填写申请人的相关信息呢？ (请填写白天方便联系您的电话号码。)	
	是否在“地址·姓名·出生年月”一栏上已填写您孩子(就诊患者)的相关信息呢？	
	是否已填写“就诊月份”一栏？	
	是否在“保险证号码·被保险者姓名·保险者”一栏上已填写所加入的医疗保险信息呢？	
	是否已填写“转账账户”一栏呢？	
	是否是一人一份申请书呢？	
	是否是一个就诊月份填写一份申请书呢？	
发票	是否写有就诊患者姓名？	
	是否写有就诊年月日？	
	是否写有就诊的医疗机构的名称？	
	是否写有保险点数？	
	是否写有支付金额？	
	是否已加盖发票印章？	
	(如发票上未有上述信息的话，请与就诊的医疗机构联系，要求对方在发票上填写相关信息。)	
是否都是保险就诊范围以外的发票呢？ (预防接种及要求医疗机构出具诊断书等自费部分不属于医疗费支付补助范围内。)		
一共几张发票？(请邮寄发票原件。)		张
健康保险证	是否有您孩子的健康保险证复印件？	
接收回信的信封	是否已加贴邮票？	
	信封上是否已填写接收回信的收信地址和收信人信息？	
加入社会保险，且接受高额疗养费和家属疗养附加金支付，或者在医疗机构就诊时，支付10%医疗费的人员，需提交以下资料。		
支付决定通知书	是否已将支付决定通知书一同放入信封内寄出呢？	

下列项目栏上划✓，并确认以下邮寄资料后，即可邮寄。

- 儿童医疗费支付申请书
- 发票
- 已加入医疗保险的您孩子的健康保险证复印件
- 接收回信的信封
- 邮寄医疗费支付申请书时所需资料确认单(本资料)
- 支付决定通知书(仅限需要提交的对象)

剪 切 线

请剪下以下地址，并贴在邮寄的信封上。

〒479-8610  
常滑市新開町4-1

常滑市役所 保険年金課 医療于一ム 行

※邮寄时的注意事项

- ・在信封背面填写寄信人地址及寄信人姓名。
- ・邮寄时的邮票金额：25g需加贴82日币的邮票，50g需加贴92日币的邮票。