

こども医療費支給申請書

受給資格者の方の氏名をご記入ください。  
電話番号は日中連絡のつくものをご記入ください。

(宛先) 富士見市長

お子さんの受給資格証の4からはじまる7桁の番号を記入してください。

住所 大字鶴馬 1800-1

受給資格者氏名 富士見 太郎

電話 049 (251) 2711

父・母・( )

年 月分のこども医療費を申請します。なお、市が富士見市こども医療費支給事務について、必要な事項を公簿等により確認することについて同意します。

保険診療分での一部負担金のみを申請してください。保険外の診療は助成対象外です。

受給者番号	*1	4123456
フリガナ	フジミ アユミ	
こども氏名	富士見 あゆみ	
*21 生年月日	平成 令和 11年 1月 23日	申請額 21,000 円
学校、幼稚園又は保育所の管理下でのケガ又は疾病で (ある・ <u>ない</u> )。		
この申請分のほかに、対象のお子さまや同一保険に加入している家族で、同じ月に、一つの医療機関等で21,000円以上支払った医療費が (ある・ <u>ない</u> )。ある場合、その方の氏名 ( )		
他の医療費支給制度の利用が (ある・ <u>ない</u> )。ある場合、制度名 ( )		
交通事故等の第三者行為によるケガや疾病で (ある・ <u>ない</u> )。		

(注1) 申請書の太枠内を漏らさず記入し、下欄に医療機関等の証明を受けるか、又は領収書を添付して、診療月の翌月以降に提出してください。

(注2) この申請書は、診療月ごと、医療機関(総合病院は医科と歯科)ごとに、入院・外来を区別して、それぞれ1枚ずつ記入してください。

医療機関等証明欄			
*2 診療年	*3 区分	1入院	診療
月診療分			3歯科
			5その他
			7柔道
			保険
			(食
(公費負担分)	*15・16食		
年 月 日			
様			
	*22 医		
	医		
	名		
	氏		
市処理欄	*7支給相当額	*8高額療養費限度額	*9附加給付
	円	円	円
			円
			円
			*12 証明書 <input type="checkbox"/>

※4つの質問について、必ず(ある・ない)のどちらかに○をしてください。

①学校等でのケガ・疾病はこども医療費の助成対象外となります。(学校等で加入している日本スポーツ振興センターの災害共済給付から助成)「ある」の場合は、申請書は受理せず、学校等へお問い合わせください。

②この申請分のほかに、対象のお子さまや同一健康保険に加入のご家族で、同じ月に一つの医療機関で一部負担金を21,000円以上支払った方が「いる」→その方の医療費の領収書など追加書類のご提出を依頼させていただく場合があります。「いない」→「いない」の場合でも、高額療養費や附加給付金など健康保険組合から給付の可能性がある場合は、ご案内をいたします。

③他の医療制度(育成医療・精神通院医療・小児慢性特定医療・特定医療等)の利用がある場合は、制度名の記入をお願いします。

④「ある」に○をした場合、担当からご連絡をさせていただきます。