

こども医療費支給申請書

年 月 日

(宛先)富士見市長

住 所

受給資格者 氏 名

電 話 () 父・母・()

次のとおり 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し、健康保険組合などに診療報酬・療養費等の給付状況等を照会することについて同意します。

受給者番号	*1			加入医療 保険名称	ア 国民健康保険
フリガナ			イ 健康保険組合		
こども氏名			ウ 全国健康保険協会	支部	
*21 生年月日	平成 年 月 日		申 請 額	エ 共済組合	
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・ない）。					
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・ない）。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・ない）。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・ない）。					

(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 診療年月 年 月 診療分	*3 区分 1入院・2外来 診療科() 3歯科・4調剤 5その他・6訪問看護	*4 日数 日			
*5 点数 保険診療総点数 点 他法負担分点数 点 (公費負担分)	7柔道整復・8補装具 保険診療窓口負担額 円 (食事療養費を除く。) *15・16食事療養標準負担額 食分 円	を領収しました。			
年 月 日 様	*22 医療機関コード 医療機関所在地 名 称 氏 名				

市 処 理 欄	*7支給相当額 円	*8高額療養費 限度額 円	*9附加給付額 円	支給額 円	1県内・2県外
					*12 証明書 □