

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
			エ		共済組合
*21 生年月日	平成 令和	年 月 日	申 請 額		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・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	*3 区分	1入院・2外来	*4 日数		日
年 月診療分		診療科（ ）			
		3歯科・4調剤			
		5その他・6訪問看護			
*5 点数		7柔道整復・8補装具			
保険診療総点数	点	保険診療窓口負担額			円
他法負担分点数	点	（食事療養費を除く。）			
（公費負担分）		*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	*8高額療養費 限度額	*9附加給付額	支給額	1県内・2県外
	円	円	円	円	*12 証明書 <input type="checkbox"/>