

子ども医療費支給申請書

保護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。

お子さんの受給者証の4からはじまる7桁の番号を記入してください。

令和 年 月 日

住所 富士見市 **大字鶴馬1800-1**
申請者氏名 **富士見 太郎**
電話 **049 (251) 2711**

次のとおり(平成・令和) **3**年 **6**月分の子ども医療費を申請します。

受給者番号 *1	4 1 2 3 4 5 6	加入医療保険名称	ア 国民健康保険 イ 埼玉 健康保険組合 ウ 全国健康保険協会 支部 エ 共済組合
フリガナ	フジミ アユミ	*13	
子ども氏名	富士見 あゆみ	申請額	1,234円
生年月日	平成 25 年 4 月 12 日 令和	保険診療分での自己負担分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。	

(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、又は領収書を裏面に貼付して、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 _____ 月診療分

*3 区分 1入院・2外来
診療科()

*4 日数 日

3歯科・4調剤
5その他・6訪問看護
7柔道整復・8補装具

保険診療窓口負担額 _____ 円

領収書を裏面にホチキス等で添付してください。
領収書を紛失した場合は、受診した医療機関に証明を受けてください。

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

医療機関所在地

*6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	*11 1県内・2県外
	円	円	円	円	*12 証明書 <input type="checkbox"/>