

こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先)富士見市長

住所
申請者 氏 名
電 話 ()

次のとおり令和 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 イ 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			
こども氏名		*13	
生年月日	平成 年 月 日 令和	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)			
申請額が21,000円以上の場合、この申請分のほかに、同じ月に、一つの医療機関で医療費を21,000円以上支払った家族 (同一保険加入者) が (いる ・ いない)			

(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 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 *15・16食事療養標準負担額 食分 円	保険診療窓口負担額 円 (食事療養費を除く。)	円
年 月 日	医療機関所在地	を領収しました。	
様	*6 名 氏 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"/>