

こども医療費支給申請書

申請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。

年 月 日

(宛) お子さんの受給者証の4から始まる7桁の番号を記入してください。

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

次のと 令和 年 月分のこども医療費について必要な事項を公簿等により確認し、申請について同意します。

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。

見本市こども医療費支給事業費等の給付状況等を照

受給者番号 *1	4123456	国民健康保険
フリガナ	フジミ アユミ	健康保険組合
こども氏名	富士見 あゆみ	保険名称 <input checked="" type="radio"/> 全国健康保険協会 埼玉 支部
生年月日	平成 1 年 11 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 (<input type="radio"/> ある ・ <input checked="" type="radio"/> 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 (<input type="radio"/> いる ・ <input checked="" type="radio"/> 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 診療月 月診療分

*3 区分

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。

(公費負担分) *15

年 月 日 様

医療機関所在地

*6 名 氏 氏 名

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申請額(一部負担金:保険診療の2割もしくは3割分)が21,000円以上の場合、同一健康保険のご家族で、同じ月に一つの医療機関で一部負担金21,000円以上の医療費を支払った方が「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。

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