

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 本庄市長

申請者 住所
(受給資格者)

氏 名

電 話 ()

下記のとおり医療費を申請します。また、医療費の支給において、市が課税資料を閲覧し確認すること及び医療機関及び保険者等に給付状況等を確認することに同意します。

対象の子ども	受給資格証番号		加入医療保険	被保険者名 又は世帯主	
	ふりがな			名 称	国保・健保・共済 全国健康保険協会 _____ 支部
	生年月日	平成・令和 年 月 日		記号・番号	

学校・幼稚園・保育所等での授業・行事・部活動による、けがや疾病の医療費ですか。 ※日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合は、子ども医療費の支給対象外となります。	はい・いいえ
---	--------

申請額が21,000円以上の場合 この申請分と同月に、保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。	はい・いいえ
---	--------

(注) 上部申請書欄は、申請者が必ず記入してください。

医療機関記入欄

領 収 書	入院 日	外来 日												
¥ _____ ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 _____ 円含む。) (入院時食事療養標準負担額は含まない。)														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">保険診療総点数</td> <td style="width: 50%;">点</td> </tr> </table>	保険診療総点数	点	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">他法負担分点数</td> <td style="width: 50%;">点</td> </tr> </table>	他法負担分点数	点									
保険診療総点数	点													
他法負担分点数	点													
入院時食事療養標準負担額 ¥ _____ (算定数 _____ 食)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">県コード</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">医療機関コード</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		県コード		医療機関コード									
県コード		医療機関コード												
医療機関等所在地(住所) _____ 年 月 日														
(受診者) _____ 様 _____ 氏 名 印														

(注) 1. 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
 2. 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処理欄	診療一部負担金	高額療養費	附加給付額	支給決定額	加入保険	領収書枚数
	円	円	円			
	入院時食事療養標準負担額		市町村民税非課税等			書 類 別
	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円		円	1 証明 2 領収書	