

様式第1号(第3条関係)

一箇月ごとに
①医療機関別、②入院・入院外別、③総合病院の場合は診療科別に申請してください。
☆領収書を添付する場合、のり付けをしないでください。

川越市子ども医療費支給申請書										
(提出先) 川越市長					年 月 日					
申請者					住所 川越市					
					氏名					
					電話番号					
次の領収書に記載の額について、川越市子ども医療費支給に関する条例第5条第1項の規定により、 子ども医療費の支給を申請します。										
対象となる子ども	受給者番号				加入保険番号				※医療費区分	1 証明
	フリガナ				名称	健康保険組合 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合 全国健康保険協会 支部				2 領収証明書
	氏名									4 自立支援医療
	生年月日	年	月	日	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名					5 他法負担
支給申請額に関する 他の助成の有無(各項目 について有無のい ずれかに○を付けて ください。)		各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付				交通事故等の第三者行為による給付				
		有 ・ 無				有 ・ 無				
		日本スポーツ振興センターの災害共済給付				他の医療助成制度による給付				
		有 ・ 無				有 ・ 無				

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書									
保険診療一部負担金 円					(食事療養標準負担額を除く。)				
診療年月		入院	入院外	診療実日数	医療機関コード				
年	月	1	2	日					
保険診療 総点数					他法分点数				
					点				
年 月 日					保険医療機関 所在地				
					様 名称				
印									
注									
1 上部領収書欄は、医療機関等が記入してください。									
2 他法分点数欄には、公費分点数がある場合に再掲でその点数を記入してください。									
3 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円と記入してください。)									
4 総合病院の場合は、診療科ごとに記入してください。(右上の診療科の欄に診療科名を記入してください。)									

※受付職員記入欄 医療費が21,000円以上の場合、いずれかに○	
<input type="checkbox"/>	支給決定通知書
<input type="checkbox"/>	不支給決定通知書
<input type="checkbox"/>	同意書
<input type="checkbox"/>	その他()
<input type="checkbox"/>	川越市国民健康保険加入者

※子ども政策課記入欄		確認者①	確認者②
保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金等	支給額
備考		NO.	

※欄は、記入しないでください。

(川越市子ども未来部 子ども政策課)