

様式第1号(第3条関係)

記入例

川越市こども医療費支給申請書

(提出先) 川越市長

令和7年4月3日

申請者

住所 川越市元町1-3-1

氏名 川越花子

電話番号 049-224-8811

次の領収書に記載の額について、川越市こ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、こども医療費の支給を申請します。

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。

対象となるこども	受給者番号	2 3 4 5 6 7 8	加入保険番号	9 8 7 6 5 4 3 2	※医療費区分 1 証明 2 領収証明書 3 養育医療費 4 自立支援医療 5 他法負担 7 療育医療 8 その他
	フリガナ	カワゴエ ハルオ	名称	川越小江戸 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	
	氏名	川越 春男			
	生年月日	令和7年3月20日	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	川越 太郎	
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 有・無		交通事故等の第三者行為による給付 有・無		
	日本スポーツ振興センターの災害共済給付 有・無		他の医療助成制度による給付 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 ¥					(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				点	他法分点数				点
年	月	日	保険医療機関		所在地				
			様		名称				
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

※こども政策課記入欄	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
備考	NO.	

※欄は、記入しないでください。

(川越市こども未来部 こども政策課)