

川越市子ども医療費支給申請書 記入例

この申請書は、月ごと、医療機関ごと(薬局は処方元とは別の医療機関になります)、入院・外来ごと、使用した健康保険ごとに1枚記入し、診療月の翌月以降に提出してください。

子ども医療費支給申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所 川越市 元町1-3-1

小江戸 太朗

(電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇)

ピンク色の受給資格証の7桁の番号です。

保険証の下のほうにある番号です(4桁か6桁か8桁)。右づめで記入してください。

一箇月ごとに医療機関別に、かつ、入院・入院外別に申請してください。
☆領収書を添付する場合は、ホチキス止めしてください。

対象となる子ども	受給者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	加入医療保険	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	※	1 証明書
	フリガナ	コエド コタロウ		名称	23	2 領収明細書
	氏名	小江戸 小太朗				〇〇〇健康保険組合 全国健康保険協会〇〇支部 等
	生年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	小江戸 太朗	7 療育医療費 8 その他	
支給申請額について 他の助成の有無 (○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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		交通事故等第三者行為による給付 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
		日本スポーツ振興センターの災害共済給付 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		他の医療助成制度による給付 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

申請する医療費について、該当する給付や医療費助成制度の有無について○を記入してください。(記入がない場合、処理ができません。)

申請書には領収書(コピー不可)を添えて、月ごと医療機関ごとに分けてご提出ください。

ただし、医療機関等で発行された領収書に、1. 受診者名 2. 診療年月日、期間 3. 保険対象の総点数または総金額 4. 領収金額 5. 発行日 6. 発行者名・印 の6点が明記されていない場合は、受診した医療機関等で、領収書欄に証明を記入してもらってください(月ごと・医療機関ごとに)。また、領収書を紛失してしまい再発行できない等の場合についても、同様となります。

**** 医療機関名と金額のみが記載されているようなレシートでは申請できません ****

※ 領収書を添付する場合、“医療機関記入欄”にのり付けしないでください。ホチキスなどを使用し、1点止めにするようお願いいたします。

※決定欄	総医療費	高額療養費	附加給付額	支給額	No.
	$\frac{\quad}{10} = \quad$	$\square + \square$	$= \quad$ 円		

※ 欄は、記入しないでください。(子ども未来部 子ども政策課)