

申請者記入欄

こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

上里町長様

受給資格者 住所 上里町大字
氏名
電話

下記のとおり医療費の支給を申請します。なお、高額療養費及び附加給付の内容について、加入医療保険の保険者に照会することに同意します。

対象のこども	受給資格者証番号		加入医療保険	被保険者の氏名 (国保の場合は世帯主氏名)	
	ふりがな			記号・番号	
	氏名			名称	健保・国保・共済
	生年月日	年 月 日		名称	全国健康保険協会 _____ 支部
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、保健診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。				はい・いいえ	

(注) 上記申請書欄は、申請者が必ず記入して下さい。

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

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

県コード	点数表	医療機関コード

¥ _____ (算定回数 _____ 回)

令和 年 月 日 医療機関所在地(住所)
_____ 様 名称 _____ 氏名 _____ 印

- (注) 1. 上記領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。(領収書原本を添付しない場合のみ)
2. 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。(この場合必ず円と記入すること。)
3. この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入して下さい。
4. 日付には必ず年号をつけて下さい。
5. 他法負担分点数欄は、公費で支払われる額を点数で記入して下さい。
6. 学校の管理下で起きた事故・けが等で独立行政法人日本スポーツ振興センターの給付対象となる治療は、こども医療費の支給対象外となります。

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	備 考
	円	円	円		
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(非課税で入院4か月以降)		
	円× 回= 円	円× 回= 円	円× 回= 円	円	