

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

久喜市長 あて

住 所 久喜市

氏 名

電 話 ()

申請者

次のとおり医療費の支給を申請します。

なお、当該支給額の算定に当たり必要がある場合は、診療報酬並びに高額療養費及び附加給付、日本スポーツ振興センターの災害給付その他の給付の状況について、久喜市が確認することに同意します。

記入欄

受給者番号								世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
ふりがな氏名								記号・番号	
生年月日	年		月		日		加入医療保険 名 称	国民健康保険 国民健康保険組合 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合	
診療月	年		月		分			電話 ()	
保険者番号									

支給申請額に係る他の助成の有無 (○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・無)	日本スポーツ振興センターの災害給付 (有・無)	交通事故等第三者行為による給付 (有・無)	他の医療費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。 領収書と併せて提出してください。

医療機関記入欄	領 収 書	入 院	入院日数	外来	調剤										
		1	日	2											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">¥</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> </table>	¥								円	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。)				
	¥								円						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">保険診療総点数</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">点</td> <td style="width: 25%;">他法負担分点数</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">点</td> </tr> </table>	保険診療総点数		点	他法負担分点数		点	※保険の対象とならない費用を含まない。								
保険診療総点数		点	他法負担分点数		点										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">¥</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> </table>	¥						円	(算定食数 食)							
¥						円									
入院時食事療養標準負担額 年 月 日	医療機関等所在地(住所) 名 称 氏 名														

注) 1 領収書欄は、医療機関等で記入してください。(数字は右詰め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	高額医療費	附加給付	保 険	証 拠	科 目 コー ド
			国 社 組	証 レ 外	医 歯 調 接 養 療 他
			1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 9
	医療機関コード	入院時食事療養標準負担額	(市民税非課税)		(市民税非課税で入院90日超)
	円× 食 円	円× 食 円	円× 食 円	円× 食 円	

※処理欄は記入しないでください。