

こども医療費支給申請書

令和 5年 11月 1日

杉戸町長 あて

申請者 住所 杉戸町清地2-9-29

氏名 杉戸 太郎

電話番号 090(1234)5678

下記のとおり医療費を請求します。

申請者が記入する欄	対象のこども	受給資格証番号 1234567 (受給資格証2段目の数字)	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 杉戸 太郎
		ふりがな氏名 すぎと はなこ 杉戸 花子		市町村民税の状況 課税 ・ 非課税
		生年月日 令和4年1月1日		記号・番号 123・456
		令和 5年 10月診療分		加入健康保険名 健保 国保・共済 全国健保協会 / 支部
		他の助成制度の利用の有無について○をつけてください。	日本スポーツ振興センターの災害給付 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 有・無

※受診した翌月以降から申請してください。

入院 日 外来 日

領収書

¥

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)
入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。

保険診療総

こちらに、医療機関の領収書を添付して提出して下さい。
(診療月・診療機関・入通院で分けて下さい)
※受付は受診付きの翌月からです。
(例：1月受診→2月以降受付)

点

日本スポーツ

令和

様

医療機関等所在地(住所)

名称

氏名

連絡先

町記入欄	一部負担金の額①	高額療養費の額②	附加給付額③	助成額 ①-(②+③)
	円	円	円	円

(注)1 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)。

2 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ください。