様式第5号(第8条関係)

|  |
| --- |
| こども医療費支給申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　杉戸町長　あて　　　　　　　　　　　　　　　住　　所氏　　名電話番号　　　　　（　　　　　）　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり医療費を請求します。 |
| 当該医療費の助成に必要がある場合は、税情報の公簿等の確認及び医療機関・保険者等への問合せをすることに同意します。申請者が記入する欄 | 対象のこども | 受給資格証番号 | 　加入医療保険 |  | 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 | 　 |
| 市町村民税の状況 | 課税　・　非課税 |
| フリガナ氏名 | 　 |
| 記号・番号 | 　 |
| 保険名称 | 健　保・国　保・共　済全国健保協会／支部 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| **令和　 　年　　 月診療分　入院・通院** |  | 保険者番号 |  |
| 学校や部活動、登下校または交通事故によるけがや疾病による医療費ですか。 | はい・いいえ |
| 申請額が21,000円以上の場合の場合 | この申請分と同じ月に、1か所の医療機関等で21,000円以上の医療費を支払った家族はいますか。同　意　書 | はい・いいえ |
| 同意者氏名（自署または記入押印） |
| ※受診した翌月以降から申請してください。 |
| 　 | 入院　　　　　　日 | 外来　　　　　日 |
|  | 領収書平成令和　 ￥　　　　　　　　　　　　　　　ただし、令和　　　　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。　 |
| 保険診療総点数 | 点 | 他法負担点数 | 　　　　点 | 　 |
| 日本スポーツ振興センターの災害給付の対象分は含まれておりません。医療機関等が記入する欄　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　医療機関等所在地（住　所）名称氏名 |
| 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。