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。