

記入例

こども医療費支給申請書

令和〇年 〇〇月 ××日

杉戸町長 あて

住 所 杉戸町清地〇—〇—●

申請者 氏 名 杉戸太郎

電話番号 090(〇〇〇〇)××××

下記のとおり医療費を請求します。

申請者が記入する欄	対象の子ども	受給資格証番号	受給資格証の2段目の数字	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	杉戸太郎
		フリガナ氏名	スギト ハナコ 杉戸 花子	市町村民税の状況	課税・非課税
		生年月日	平成 令和 1年 1月 1日	記号・番号	〇〇〇 ××××
				加入医療保険	埼玉 健保・国保・共済 全国健保協会支部
			令和 6年 〇月診療分 入院・通院	保険名称	〇〇〇〇〇〇〇
				保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇
	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 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。				はい・いいえ
同意書 当該医療費の助成に必要な場合は、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。 同意者氏名(自署または記入押印) 杉戸太郎					

※受診した翌月以降から申請してください。

	入院	日	外来	日
医療機関等が記入する欄	領収書			
	¥ _____			
	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。			
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 様	医療機関コード	_____
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。