

こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

杉戸町長 あて

住所  
申請者 氏 名  
電話番号 ( )

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   | 加入医療保険         | 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 |                         |
|   |                  | フリガナ氏名  |                | 市町村民税の状況            | 課税・非課税                  |
|   |                  | 生年月日  | 平成 年 月 日<br>令和 | 記号・番号               |                         |
|   |                  | 令和 年 月 診療分 入院・通院                                |                | 保険名称                | 健保・国保・共済<br>全国健保協会 / 支部 |
|   |                  |   |                | 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 | 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<br>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。<br>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             |                |                       |
| 医療機関等が記入する欄 | 領収書  |                  |                |                       |
|             | ¥ _____<br>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)<br>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。<br>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>_____ 様<br>医療機関コード _____ |                  |                |                       |
|             | 医療機関等所在地(住所)<br>名称<br>氏名   |                  |                |                       |
| 町記入欄        | 一部負担金の額① _____ 円   | 高額療養費の額② _____ 円 | 附加給付額③ _____ 円 | 助成額 ① - (②+③) _____ 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。