

記入例

こども医療費支給申請書

令和 7年 〇月 ×日

杉戸町長 あて

住 所 杉戸町清地2-9-29

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	対象のこども	受給資格証番号	受給資格証の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
		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	1234567・123
	令和 7年 〇月診療分 入院 通院				保険名称	杉戸町 健保 国保 共済 全国健保協会／支部
					保険者番号	110908
	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。
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 円	高額療養費の額② 円	附加給付額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。