

※裏面の「医療費の支給申請の仕方」をお読みのうえ、記入してください。

太枠の中を記入します

様式第5号（第5条関係）

記入例



こども医療費支給申請書

提出日を記入します

平成〇〇年〇〇月〇〇日

ふじみ野市長 宛て

加入医療保険の被保険者名を記入します
印は必ず押してください

住所 ふじみ野市 福岡一丁目1番1号

氏名 ふじみ野 太郎



電話番号 049(262)9041

次のとおりこども医療費の支給を申請します。

なお、医療費に係る私の加入する医療保険者に対する高額療養費及び附加給付金の開示請求の権限をふじみ野市長に委任します。

受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇	被保険者名	ふじみ野 太郎
ふりがな	ふじみの じろう	加入医療保険者番号	〇〇〇〇
氏名 (受給対象児)	ふじみ野 次郎	認定日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	子どもの健康保険証に記載のある「被保険者名」「世帯主」等を記入します	〇〇〇〇健康保険組合
			〇〇〇

子どもの健康保険証に記載のある「認定日」「認定年月日」「資格取得日」等を記入します

備考 上部太枠内は、申請者が記入してください。

医療機関等記入欄

領収書

年 月 診療分

・保険診療一部負担金
ただし、他法本人負担額 円を含む

領収書を紛失した時に医療機関で診療内容を証明していただくための欄です
領収書がある場合には記入しません

保険診療点数	点	他法負担	点
--------	---	------	---

1 入院 ・ 2 外来 ・ 3 歯科 ・ 4 調剤 ・ 6 訪問看護 ・ 7 柔道整復 ・ 8 コルセット

日数	日	1 県内 ・ 2 県外	1 証明 ・ 2 レシート
----	---	-------------	---------------

年 月 日 医療機関コード

様 医療機関等の所在地
名称
氏 名
電 話 番 号



- 備考 1 上部領収書は、医療機関等で記入してください。
2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	①支給対象経費	円	②一部負担金控除額	円
	保険診療一部負担金	円	附加給付額	円
	支給額 (① - ②)		円	高額療養費

(注) 食事療養標準負担額は、支給対象経費外とする。