

※裏面の「医療費の支給申請の仕方」をお読みの上、記入してください。

㊦ こども医療費支給申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

住 所

氏 名

次のとおりこども医療費の支給を申請します。 電話番号 ( )

受給者番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名			
ふりがな			認 定 日	年 月 日		
氏 名 (受給対象児)			記 号	番 号		
			保 険 者 の 名 称	国民健康保険・健康保険組合・共済組合 全国健康保険協会 ( ) 支部		
生 年 月 日	年 月 日		保 険 者 番 号			
交通事故等の第三者行為に伴うケガや疾病である。						はい・いいえ
学校、幼稚園及び保育所の管理下(通学・通園中を含む)でのケガや疾病である。						はい・いいえ

**注意** 上部太枠内は、申請者が記入してください。また、保険診療一部負担金（処方箋を交付した医療機関と保険薬局の合計）が 21,000円を超える場合は、裏面の委任状欄も記入してください。

医療機関等記入欄									
(受給対象児) _____様 <b>領 収 書</b> _____年 _____月 診療分 ・ 保険診療一部負担金 _____円 ただし、他法本人負担額 _____円を含み、食事療養標準負担額は含まない。									
保険診療点数 _____ 点	他法負担分点数 _____ 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 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
医療機関等の所在地 名 称 代 表 者 氏 名 電 話 番 号									
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 80px; height: 60px;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">領収印</td> </tr> </table>		領収印							
領収印									
※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。 ※療養費の場合の保険診療点数欄は、総医療費を記入してください。									

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 高額療養費	円 円
	支給額 ( ① - ② )			円

[医療費の支給申請の仕方]

医療費支給申請書の受付は、診療・調剤を受けた月の翌月以降になります。

- 1 申請書は、月ごとに、病院別、診療所別、薬局別及び入院・外来・歯科別にそれぞれ1枚提出してください。
- 2 医療機関等発行の領収書による申請の場合は、以下の点を確認できるものとしてください。
  - ・医療を受けた人の氏名、入院・外来の別、保険診療点数（療養費の場合は総医療費）、他法負担分

※ レシート等で氏名・診療点数等の記載がないものは、申請できません。  
その場合は、申請書の領収書欄を医療機関等で記入してもらってください。
- 3 提出した領収書は、お返しできません。原本を提出できない方は、コピーして原本と両方御持参ください。照合の上、その場で原本をお返しします。
- 4 1か月当たりの保険診療一部負担金（処方箋を交付した医療機関と保険薬局の合計）が21,000円を超える場合は、御加入の医療保険者に高額療養費などの照会を行いますので、以下の太枠内を記入してください。  
なお、委任状の記入がなく高額療養費などの照会ができない場合、医療費を支給することができませんので、御注意ください。

委 任 状

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。

年 月 日 被保険者 住所

氏名

印

この申請の他に、同じ月内に21,000円以上の保険診療一部負担金を支払った家族（同じ健康保険に加入している者）がいる。

はい・いいえ

御不明な点は、ふじみ野市役所子育て支援課までお問合せください。

問合せ先 049-262-9041