

この申請書は、月ごと、医療機関ごと(薬局は処方元とは別の医療機関になります)、入院・外来ごと、使用した健康保険ごとに1枚記入し、診療月の翌月以降に提出してください。

市子ども医療費支給申請書

令和〇年〇月△日

住所 川越市元町1-3-1

申請者

氏名 川越 太郎

電話番号 049-224-6278

保険証の下のほうにある番号です(4桁か6桁か8桁)。

クリーム色の受給資格証の7桁の番号です。

次の領収書に記載の額に、川越市子ども医療費支給に関する条例第5条第1項の規定により、子ども医療費の支給を申請します。

①医療機関別、②入院・入院外別、③総合病院の場合は診療科別に申請してください。
☆領収書を添付する場合、のり付けをしなくてください。

対象となる子ども	受給者番号 7777777	加入医療保険番号 110015	※ 1 証明 2 領収証明書 3 養育医療費 4 自立支援医療 5 他法負担 6 療育医療 7 療育医療 8 その他
	フリガナ カゴエ トモ	名称 川越市 健康保険組合 共済組合 国民健康保険組合	
	氏名 川越 ときも	全国健康保険協会 支部	
	生年月日 令和〇年〇月△日	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 川越 太郎	
支給申請額に関する他の助成の有無(各項目について有無のいずれかに○を付けてください。)	各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付 有・ 無	交通事故等の第三者行為による給付 有・ 無	
	日本スポーツ振興センターの災害共済給付 有・ 無	他の医療助成制度による給付 有・ 無	

(注) 上部申請書欄は、申請者 してください。

申請する医療費について、該当する給付や医療費助成制度の有無について○を記入してください。(記入がない場合、処理できないことがあります。)

収 書

(食事療養標準負担額を除く。)

療実日数

医療機関コード

申請書には領収書(コピー不可)を添えて、月ごと医療機関ごとに分けてご提出ください。

ただし、医療機関等で発行された領収書に、1. 受診者名 2. 診療年月日、期間 3. 保険対象の総点数または総金額 4. 領収金額 5. 発行日 6. 発行者名・印 の6点が明記されていない場合は、受診した医療機関等で、領収書欄に証明を記入してもらってください(月ごと・医療機関ごとに)。また、領収書を紛失してしまい再発行できない等の場合についても、同様となります。

**** 医療機関名と金額のみが記載されているようなレシートでは申請できません ****

※ 領収書を添付する場合、“医療機関記入欄”にのり付けしないでください。ホチキスなどを使用し、1点止めにするようお願いいたします。

※決定欄	総医療費	高額療養費	附加給付額	支給額	No.
	$\frac{\quad}{10} = \quad$	$\square + \square$	\square	\square 円	

※ 欄は、記入しないでください。(川越市子ども未来部 子ども政策課)