様式第4号(第6条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者記入欄 | **子ども医療費支給申請書**　　 　年　　月　　日　　久喜市長　　　　あて住所　　久喜市　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　(　　　　)　　　　　　　　　　　　次のとおり医療費の支給を申請します。なお、当該支給額の算定に当たり必要がある場合は、診療報酬並びに高額療養費及び附加給付、日本スポーツ振興センターの災害給付その他の給付の状況について、久喜市が確認することに同意します。 |
| 子ども | 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 | 　 |
| ふりがな氏名 | 　 | 記号・番号 | 　 |
| 生年月日 |  | 　 | 年 | 　 | 月 | 　 | 日 | 名称 | 国民健康保険国民健康保険組合全国健康保険協会健康保険組合共済組合電話　　　　　(　　　) |
| 診療月 | 　　　　　　　　年　　　月分 |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給申請額に係る他の助成の有無（〇を付けてください。） |
| 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　） | 日本スポーツ振興センターの災害給付（　有・無　） | 交通事故等第三者行為による給付（　有・無　） | 他の医療費助成制度による給付（　有・無　） |

注)　上部申請書欄は、申請者が記入してください。　領収書と併せて提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関記入欄 | 領収書　　 | 入院 | 入院日数 | 外来 | 調剤 |
| １ | 　 | 　 | 日 | ２ |
| 　 | ￥ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 　 |
| 　ただし、　　　　　　　 | 　 | 　 | 年 | 　 | 　 | 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金　　　　　　円含む。) |
| 　※保険の対象とならない費用を含まない。 |
| 　 | 保険診療総点数 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 点 | 他法負担分点数 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 点 | 　 |
| 　入院時食事療養標準負担額 |
| 　 | ￥ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | (算定食数 | 　 | 　 | 　 | 食) |
| 　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　様 | 医療機関等所在地(住所)　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |

注)　1　領収書欄は、医療機関等で記入してください。(数字は右詰め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 | 高額医療費 | 附加給付 | 保険 | 証拠 | 科目コード |
| 国 | 社 | 組 | 証 | レ | 外 | 医 | 歯 | 調 | 接 | 養 | 療 | 他 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 医療機関コード | 入院時食事療養標準負担額 | (市民税非課税) | (市民税非課税で入院90日超) |
| 　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円× 食　　　　　円 | 円× 食　　　円 | 円×　 食　　 　円 |

※処理欄は記入しないでください。