

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

久喜市長 あて

住 所 久喜市

氏 名

電 話 ()

申 請 者

記

次のとおり医療費を申請します。

なお、当該支給額の算定にあたり必要がある場合は、診療報酬及び高額療養費・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等について、久喜市が確認することに同意します。

入 欄

子 ども

欄

受給者番号								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	平成 令和	年	月	日	加入 医 療 保 険			
診 療 月	平成 令和	年	月 分					
名		称		国民健康保険 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合				電話 ()
保 険 者 番 号								

支給申請額に係る他の助成の有無 (○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。 領収書は裏面にのり付けしてください。

医 療 機 関 記 入 欄	領 収 書	入 院	入院日数	外来	調剤	
	¥	1	日	2		
	ただし、H R 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 ¥ (算定食数 食) 令和 年 月 日 医療機関等所在地(住所) 様 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	円× 食 円	

※処理欄は記入しないでください。