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。