

※診療年月別、医療機関別、かつ、入院・入院外別に申請をしてください。

こども医療費交付申請書

記入例

(申請先)
新座市長

空欄のまま

令和 年 月 日

保護者氏名(養育医療給付申請書の申請者名及びこども医療費受給資格証の受給資格者名に記載されている方の氏名をご記入ください。)

申請者 氏名

住所 新座市

(方書き等)

電話

()

保険者名

日中に連絡が取りたい方を御記入ください

こども医療費受給資格証番号		加入している健康保険証の内容	
ふりがな		名称	国民健康保険 健保組合 共済組合 全国健保協会
受診者氏名	お子さんの氏名	〇で囲んでください	※全国健保協会の方は支部を記入してください。
生年月日	平成 年 月 日	記号・番号	(記号) (番号)
診療年月	平成 年 月分	世帯主・被保険者組合員加入者の氏名	
他の助成の有無 (○をつけてください)	① 日本スポーツ振興センター災害共済給付 有・無 ② 他の医療助成制度による給付 有・無 ③ 交通事故等第三者行為による給付 有・無		

- 注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。
 2 保険証が変わった場合や住所変更したときは、変更届が必要ですので、必ず連絡してください。
 3 交付申請の請求期限は、診療日の翌月から5年間です。

※領収書(原本)は、ホチキス止めで添付してください。

入院 日	外来 日
保険診療額 領収証明書	
年 月分保険診療一部負担金 円	
※入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。	
保険診療総点数	点
この欄は記入不要です。	
入院時食事療養標準負担額	回)
年 月 日	医療機関
(受診者氏名)	所在地(住所)
	名称
	様 氏 名

- 注) 1 上部領収書欄は、領収証を紛失したときなど領収証を添付できない場合、医療機関等に証明を依頼するときに使用してください。
 2 他法負担点数は、こども医療費以外の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	一部負担金	高額療養費	付加給付額	支給額合計
	円	円	円	円
	入院時食事療養標準負担額	課税上位・一般・非課税・多数	円× 回=	円
	(備考)			