

様式第4号（第5条関係）

市 処 理 欄	一部負担金(A)	円	()点	食事代 () 円 保険外 () 円	収受日
	高額療養費(B)	円	区分 (ア・イ・ウ・エ・オ) 高現給・非該当・多数・合算あり		
	附加給付額(C)	円	控除額 () 円 一般・上位 公費優先・制度なし・非該当 (条件に満たない等)		
	助成額(A-B-C)	円	(備考)		

申 請 者 記 入 欄	㊟ こども医療費交付申請書									
	(申請先 新 座 市 長)					令和 年 月 日				
	住 所: 新座市									
	申請者 氏 名:									
	電話番号: ()					父・母・()				
	下記のとおり医療費の支給を申請します。なお、新座市が保険者や医療機関等の関係機関に、本申請に係る助成額の算定のために必要な情報を照会し、回答を受けることに同意します。									
	こども医療費 受給資格証番号					加入医療保険				
	ふりがな					名 称	※全国健保協会は支部を記入		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					記号・番号	(記号)		(番号)	
	生年月日	平成 令和	年	月	日					
診療年月	令和	年	月	被保険者・世帯主 ・組合員氏名						
①学校、幼稚園及び保育園等の管理下（通学・通園中を含む。）でのケガや疾病ですか。 ※「はい」の場合はこども医療費の助成対象外です。										はい・いいえ
②交通事故等の第三者行為によるケガや疾病ですか。										はい・いいえ
③他の医療助成制度による給付はありますか。										はい・いいえ
④申請額が21,000円以上の場合 この申請以外に、対象のお子さまや同じ健康保険に加入している御家族で、同じ月に1つの医療機関に21,000円以上支払った医療費（保険診療分）はありますか。										はい・いいえ

医 療 機 関 等 記 入 欄	保険診療額領収証明書									
	※紛失等により領収書を添付できない場合などは、医療機関等で下記の証明を受けてください。									
	診 療 年 月	令和 年 月分 (日から 日まで)				診療等 区 分	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤 その他 ()			
	入 通 院 区 分	外来 ・ 入院 (日間)			入院時食事療養 標準負担額	円 (算定回数 回)				
	保険診療総点数	点			他法負担点数	点				
	保険診療一部負担金	円 ※入院時の食事療養費は含まない。								
	令和 年 月 日 (受診者氏名)	医療機関等 所在地(住所) 名 称 氏 名 様 (印)								

<注意事項>
(1)お子さんごと、診療月ごと、医療機関又は調剤薬局ごとに1枚の申請書が必要です（同じ医療機関でも入院・外来、医科・歯科は別にしてください）。
(2)診療を受けた月の翌月以降に申請してください（出張所又は郵送での提出も可能）。申請期限は、医療機関等に支払った日（領収日）から5年です。
(3)保険者から高額療養費や附加給付金等が支給される可能性があるときは、支給が遅れることがあります。
(4)加入医療保険の変更（記号・番号のみを含む。）が生じたときは、必ず届け出てください。

領収書添付欄 ※領収書を左端に揃えてホチキス止めしてください。