

◎「申請者記入欄」を全て記入し、添付書類を添えて提出してください。

◎申請者は、受給資格者又は同一世帯のお子さんの保護者が記入してください。電話番号は、日中連絡が取れる連絡先を記入してください。

◎①～④について、「はい」又は「いいえ」に○を付けてください（④は、申請額（保険診療分）が21,000円以上の場合のみ）。

※いずれかに該当する場合は、申請前にこども支援課まで御連絡ください。

◎申請書下段の注意事項をお読みになってから申請してください（詳細は、新座市のホームページを御覧ください）。

記入例

㊟ 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： 新座市野火止1-1-1

申請者 氏 名： 新座 太郎

電話番号： 048-(477)-1111 ㊟ 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。

申請者記入欄	こども医療費受給資格証番号	1	2	3	4	5	6	7	加入医療保険			
	ふりがな	にいざ はなこ							名 称	新座市	国民健康保険	
	受診者氏名	新座 花子							※全国健保協会は支部を記	健保組合・共済組合	全国健保協会	
	生年月日	平成	○	年	○	月	○	日	記号・番号	(記号)	(番号)	
	診療年月	令和	○	年	○	月	被保険者・世帯主・組合員氏名		新座 太郎	1111111		
	①学校、幼稚園及び保育園等の管理下（通学・通園を含む。）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

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。

医療機関等記入欄

◎1か月分の領収書（原本）を揃えて申請書下段の左端に揃えてホチキス止めして添付してください（のりやテープで貼らないでください）。

◎領収書は、以下の全ての事項が記載されたものが必要となります。

- 診療年月日
- 受診者（対象のお子さん）の氏名
- 領収金額
- 保険点数及び一部負担金（その他、保険外や食事代があればその額）
- 領収年月日
- 医療機関名、所在地、電話番号など

保険診療一部負担金 円 ※入院時の食事療養費は含まない。

「医療機関等記入欄」は、紛失等により領収書を添付できない場合などに、医療機関等が証明するところです。
必要事項が記載された領収書がある場合は、証明は不要です。なお、証明に費用が掛かる場合は、当該費用は自己負担（助成対象外）となります。

<注意事項>

- 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）。
- 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。
- 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。
- 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。