

様式第4号 (第5条関係)

※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) こども医療費交付申請書 年 月 日 | | | | 収 受 印 |
| (申請先) 新 座 市 長 | | | | |
| 申請者 氏名 _____ | | | | |
| 住所 新座市 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 (方書き等) | | | | |
| 電話 (_____) | | | | |
| 日中に連絡が取れる番号を御記入ください | | | | |
| こども医療費 受給資格証番号 | | 加入している健康保険証等の内容 | | |
| フリガナ | | 名 称 ○で囲んで ください | 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 | | ※全国健保協会の方は支部を記入してください。 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 記号・番号 (記号) | (番号) | |
| 診療年月 | 年 月分 | 世帯主・被保険者組員 加入者の氏名 | | |
| 他の助成の有無 (○をつけてください) | 日本スポーツ振興センター災害共済給付 (学校・幼稚園・保育園等でのケガ等) 有・無 (有の場合助成対象外です。) | | | |
| | 他の医療助成制度による給付 有・無 | | 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 新座市国民健康保険に該当する方は、高額療養費等について市で確認をする場合がありますので、同意のうえ申請してください。
 4 交付申請の請求期限は、領収日の翌日から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 ¥ _____ | | |
| ※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 | 他法負担分点数 _____ 点 |
| 入院時食事療養標準負担額 ¥ _____ (算定回数 _____ 回) | | |
| 年 月 日 | 医療機関 所在地(住所) 名 称 _____ 様 氏 名 | |
| (受診者氏名) | (印) | |

- 注) 1 上部証明書欄は、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 他法負担分点数は、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 = |
| (備考) | | | | |