

※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

令和〇年〇月〇〇日

記入例

(申請先)
新座市長

申請書を記入する方の氏名

申請者 氏名 **新座 太郎**
住所 新座市 **野火止 1丁目 1番 1号**
(方書き等)
電話 **048 (477) 1111**

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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 加入している健康保険証等の内容 | | |
| フリガナ | ニイザ ハナコ | | | | | | | 名称 | 新座市 | 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 | 新座 花子 | | | | | | | 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 | H24年 1月 1日 | | | | | | | 記号・番号 | 埼新 | (番号) 1234567 |
| 診療年月 | 令和 〇年 〇〇 月分 | | | | | | | 世帯主・被保険者組合員 加入者の氏名 | 新座 太郎 | |

| | | |
|------------------------|--|----------------------------|
| 他の助成の有無 (〇をつけてください) | ① 日本スポーツ振興センター災害共済給付 (学校・幼稚園・保育園等でのケガ等) 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 上部の欄は、申請者が記入してください。
2 保険証が変更された場合は、必ず、交付申請の請

- ①学校等管理下でのケガでないか？
- ②こども医療費以外の他の制度を受給していないか？
(例 小児慢性特定疾病医療支援事業、育成医療など)
- ③交通事故等で、第三者から傷病を受けたものでないか？

※上記に該当がある場合は、一度、こども給付課まで御連絡下さい。

※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 |
|---------|---|---------|---|

下半分には何も書かず、 領収書(原本)をホチキス止めで添付してください。

※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) | | | | |

※領収書(原本)は、ホチキス止めで添付してください。