

※受診者別、診療月別、医療機関別又は調剤薬局別に申請してください。
（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。）

申請者記入欄	親ひとり親家庭等医療費支給申請書 (申請先)新座市長 年 月 日										収 受 日	
	申請者 住所 新座市											
	氏名											
	電話 ()											
	下記のとおり医療費の支給を申請します。また、新座市が保険者や医療機関等の関係機関に対し、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。											
	受給者証番号				加入医療保険							
	フリガナ				名 称				国民健康保険 健保組合 共済組合 全国健保協会 後期高齢者医療			
	受診者氏名											
	受診者区分				保護者 ・ 児童				記号・番号			
	生年月日				年 月 日				(記号) (番号)			
診療年月				年 月				世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名				
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。 ※日本スポーツ振興センター災害共済給付制度の対象の場合、医療費助成の対象外です。										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 他の医療助成制度等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、同じ保険に加入している御家族の方で、同一月に一つの医療機関に 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 領収書を左端にそろえてホチキス止めしてください。

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は、医療機関等で下記の証明を受けてください。											
	診療年月		年 月 分 (日～ 日)				診療等区分		医科・歯科・調剤 その他 ()			
	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。							
年 月 日 (受診者氏名) 様				医 療 機 関 所在地(住所) 名 称 氏 名 (印)								

- 注) 1 受給者証番号は、「保護者」と「児童」で異なり、1年ごとに変更となります。
2 申請期間は、医療機関等に支払った日(領収日)から5年です。
3 受診し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)。
4 保険者から高額療養費や付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。
5 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。

市処理欄	一部負担金(A)	円 ()点	食事代 ()円	保険外 ()円
	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
	付加給付額(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)	