

こども医療費支給申請書

年 月 日

深谷市長 あて

住 所 深谷市
 申請者 氏 名
 電話番号

次のとおり医療費を申請します。なお、私又は私の扶養家族の医療保険加入期間内の診療分について、市が健康保険組合等に診療報酬、療養費等の給付状況等を確認することについて承諾します。

対象のこども	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者の氏名	
				記号と番号	
	氏名 (カタカナ)			保 險 者 名	健保・国保・共済 全国健康保険協会 _____ 支部
	生年月日	年 月 日		保 險 者 番 号	
診療について	学校（保育園・幼稚園等を含みます）の管理下でのケガですか？ 【 はい ・ いいえ 】				

- (注) 1. 領収書を添付する場合は、裏面にお願いいたします。
 2. 氏名・加入保険証・振込口座に変更があった場合は、こども青少年課へ変更届を提出してください。

領 収 書

入院 日 外来 日

¥ _____
 ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担額 _____ 円を含む。)
 ー入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない。ー

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

年 月 日 様 医療機関等所在地
 (住 所)
 医療機関コード
 名 称
 氏 名

印

- (注) 1. 上記の領収書は、医療機関等が記入してください。
 2. 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 3. 保険外診療分は記入しないで下さい。

市 記 入 欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給額
	円	円	円	円
<input type="checkbox"/> 時効 <input type="checkbox"/> 食事負担 <input type="checkbox"/> 助成対象年度				