

こども医療費支給申請書記入例

様式第5号(第6条関係)

償還用

こども医療費

記入日を必ず入れてください。

書

令和 年 月 日

深 受給者のかた（保護者・養育者）
のお名前・住所・連絡先

住所 深谷市
氏名
電話番号

申請者

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	3 0 0 0 0 0 1	加入医療保険	世帯主・被保険者の氏名	
	氏名 (カタカナ)	フカヤ タロウ		記号と番号	
	生年月日	平成 30 年 4 月 1 日		保険者名	〇 〇 〇 健保・国保・共済 全国健康保険協会 支部
				保険者番号	
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、裏面をお願いいたします。
2. 氏名・住所・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。

☆ 世帯主・被保険者について

- ・ 深谷市国民健康保険→世帯主の氏名
- ・ その他の保険証→お子様を扶養しているかたの氏名

☆ 記号番号について

健康保険組合が個人・世帯を識別するコードです。文字や数字で表示されています。

平成 年

☆ 保険者番号について

健康保険組合の名称や種類を表す数字です。

- ・ 全国健康保険協会〇〇支部→01から始まる8桁
- ・ 〇〇健康保険組合→06から始まる8桁
- ・ 深谷市国民健康保険→110189
- ・ 共済組合→3から始まる8桁

☆ 資格取得年月日について

お子様がその保険に加入した日にちです。

※交付年月日（保険証が手元に届いた日）ではありません。

- (注) 1. 上記の領収書を添付してください。
2. 他法負担分点数
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
□時効 □食事負担 □助成対象年度				