様式第５号（第５条関係）

こども医療費支給申請書

令和　　年　　月　　日

　(宛先)富士見市長

住所

受給資格者　氏名

電話　　　　（　　　　）

　次のとおり令和　　　年　　月分のこども医療費を申請します。なお、市が富士見市こども医療費支給事務について、必要な事項を公簿等により確認し、健康保険組合などに診療報酬・療養費等の給付状況等を照会することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | ＊1 |  | | 加入医療保険名称  ＊13 | | ア　　　　　　　　　国民健康保険  イ　　　　　　　　　健康保険組合  ウ　全国健康保険協会　　　　支部  エ　　　　　　　　　　　共済組合 |
| フリガナ |  | | |
| こども氏名 |  | | |
| 生年月日 | 平成  令和 | | 年　　　月　　　日 | 申請額 | 円 | |
| 学校、幼稚園又は保育所の管理下でのケガ又は疾病で（　ある　・　ない ） | | | | | | |
| 申請額が21,000円以上の場合、この申請分のほかに、同じ月に、一つの医療機関で医療費を21,000円以上支払った家族（同一保険加入者）が　（　いる　　・　いない ） | | | | | | |

　(注1)申請書の太枠内を漏らさず記入し、下欄に医療機関等の証明を受けるか、又は領収書を裏面に貼付して、診療月の翌月以降に提出してください。

　(注2)この申請書は、診療月ごと、医療機関(総合病院は医科と歯科)ごとに、入院・外来を区別して、それぞれ1枚ずつ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関等証明欄 |  | | | | |
|  |  | | | | |
| ＊2　診療年月　　　　　　　 ＊3　区分　1入院・2外来  　　　　　年　　月診療分　　　 　　　　診療科(　　 　) | | | ＊4　日数 |  |  | 日 |
| 3歯科・4調剤  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 5その他・6訪問看護  ＊5　点数　　　　　　　　　　　　　　 7柔道整復・8補装具  　保険診療総点数　　　　　　　 　　点　　　　保険診療窓口負担額　　　 　　 　　　 円  　他法負担分点数　　　　　　 　　　点　　　　(食事療養費を除く。)  　(公費負担分)　　　　　　　　　　　　＊15・16食事療養標準負担額　 　食分　 　 　 円  　　　　を領収しました。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　様  医療機関所在地  ＊6名　　 　　　称  　　氏名 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市処理欄 | ＊7支給相当額 | ＊8高額療養費  限度額 | ＊9附加給付額 | 支給額 | ＊11　1県内・2県外  ＊12　証明書　□ |
| 円 | 円 | 円 | 円 |