

記入例

都
市

第6号様式（第12条関係）

子ども医療費助成申請書

		支給決定額	*	円
負担者番号	8 8 1 3			
受給者番号		世帯主組合員 被保険者氏名		
保険の種類	1 国保 2 組合 3 4 日雇 5 船員 6	受診されたお子様の氏名をご記入ください。		
保険者及び保険者番号	名称	(番号)		
子どもの氏名	村山 一郎	生年月日	2016 年 1 月 1 日生	
	村山 二郎		2018 年 2 月 2 日生	
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 補装具 6 その他			
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外			
診療を受けた期間	● 年 ■ 月 ▲ 日から ● 年 ▼ 月 ◆ 日まで			
医療費総額	円 (うち標準負担額相当額 円)			
診療を受けた期間には、領収書の日付が一番古いものと一番新しいものをご記入ください。		領収書の日付が一番古い病院名を記載してください。		
■■■■病院		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
申請理由	1 都外診療 2 医療証を持っていなかった 3 補装具等 4 その他 (食事負担額・養育医療・育成医療)			
支給額は、下記の口座にお振込みください。				
振込先	●● (銀行・農協) ▲▲ 本店	1 普通	口座番号	0123456
金融機関	●● (信金・信組) ▲▲ (支店)	2 当座	口座名義 (カタカナ)	ムヤマ タロウ
*児童手当の口座への振込を希望する				
上記のとおり、医療費の助成を申請します。 ●● 年 ◆◆ 月 ▲▲ 日 武蔵村山市長 殿				
医療証に記載されている保護者の氏名をご記入ください。				
住所 武蔵村山市 本町1-1-1 氏名 村山 太郎 ㊞				
*窓口に来たかた	氏名： 村山 花子	電話： 042-565-1111	続柄： 妻	

1 *印欄は記入しないでください。

領収書の原本・対象児童の保険証の写し・対象児童の医療証の写しを同封の上、申請書を郵送してください。
※手続の内容によって、必要な書類が異なりますので、詳しくは次のページをご覧ください。

必要書類一覧

①都外診療または医療証を持たずに診療を受けたとき、入院時の食事代を支払ったときの必要書類

- ・対象児童の保険証の写し
- ・対象児童の医療証の写し
- ・領収書の原本

②補装具を購入した場合の必要書類

- ・療養費支給決定通知書の写し
- ・医師の指示書または診断書の写し
- ・領収書(写し可)
- ・対象児童の保険証の写し
- ・対象児童の医療証の写し

③保険証を持たずに診療を受けて、一旦全額自己負担した場合の必要書類

- ・療養費支給決定通知書の写し
- ・領収書(写し可)
- ・対象児童の保険証の写し
- ・対象児童の医療証の写し

※②・③の場合は、最初にご自身が加入している健康保険者へ保険診療分の請求を行ってください。健康保険者から「療養費支給決定通知書」が発行されましたら、上記の必要書類と併せて、子育て支援課へ郵送してください。

※保険証、マル乳・マル子医療証以外の医療費助成制度を利用して診療を受けた場合は、該当の受給者証のコピーも併せて郵送してください。(小児慢性特定疾病医療受給者証、自立支援医療費受給者証、限度額適用認定証等)

※上記以外の必要書類を求める場合もありますので、ご了承ください。