

(表)
子ども医療費助成申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。(入院・外来・調剤・訪問看護)

公費負担者 番号	<input type="checkbox"/> 90150152 <input type="checkbox"/> 91150151	受給者番号	
受給者氏名 (保護者)		受療者氏名 (子ども)	
受療者(子ども) 生年月日	年 月 日	自己負担割合	割
受診 医療機関名		受診 年月	年 月
保険者	保険者名	保険者番号	
被保険者氏名		記号・番号	
振込指定 金融機関	金融機関名	口座番号	普・当・貯
	支 店 名	(フリガナ)	
		口座名義人	

注 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。本紙は医療機関ごとに1枚必要です。

※市確認欄

助成決定額	円
-------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

(年 月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外 来 ・ 調 剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合 計	点	円
入 院	入 院 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入 院 日 数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪 問 看 護	利 用 日 数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日	円	円
他 法 負 担 の 有 無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・ その他 ()	公費分点数	点
		患者負担額(公費分)	円

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。年 月 日

所在地
医療機関等 名 称
氏 名 (印)

- ※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。
- ※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏)

注 意 事 項

1 助成額の計算方法

- (1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額を控除した額が助成額となります。
- (2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1 枚
(2) 外来と入院の場合	2 枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2 枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3 枚

3 不明な点は、糸魚川市の担当窓口お問い合わせください。