

(表)

子ども医療費助成申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

糸魚川市長 様

申請者 住所 糸魚川市一の宮1丁目2番5号

氏名 糸魚川 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	〇〇〇〇〇〇〇
受給者氏名 (保護者)	糸魚川 太郎	受療者氏名 (子ども)	糸魚川 姫子
受療者(子ども) 生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	自己負担割合	2 または 3 割
受診 医療機関名	〇〇病院	受診 年月	令和〇年〇月
保険者	保険者名 〇〇〇〇〇〇協会 〇〇支部	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名	糸魚川 太郎	記号・番号	〇〇〇・〇〇〇
振込指定 金融機関	金融機関名 〇〇銀行 支店名 〇〇支店	口座番号	①・当・貯 1234567
		(フリガナ)	イトイガワ タロウ
		口座名義人	糸魚川 太郎

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

は医療機関等に記入してもらうこと。-----

○申請書記入上の注意点

申請書枚数について

- 同一个月内に、外来、調剤、入院、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。
- 同一の受診医療機関であっても、異なる月であった場合、月毎に助成申請書が必要です。
- 総合病院については、診療科(例 皮膚科、小児科)毎に助成申請書が必要です。
- 助成申請書の枚数が多い場合、「受診医療機関名」「受診年月日」以外は記載内容が重複するので、先に重複する部分のみ記入いただき、必要枚数をコピーのうえ、押印も可能です。

振込指定金融機関

- 受給者名義に限ります。(※受給者は受給者証の記載内容で確認します。)

訪問 看護	利用回数 日	医療適用外負担額 円	支払額(一部負担額) 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 患者負担額(公費分)	点 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

印

氏名

※ 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 同一个月内に、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。