

1カ月ごとに

医療機関別

外来・入院別

総合病院の場合は診療科別に申請してください。

# こども医療費助成金支給申請書

(宛先) 鶴ヶ島市長

年 月 日

受給者 住 所 鶴ヶ島市

(保護者) 氏 名

電 話 番 号

下記のとおり医療費助成金の支給を申請します。

なお、この申請にあたり、当該子どもの属する世帯の課税状況につき、税務関係所管に報告を求めることに同意します。  
氏 名

受給対象児童	受給資格者番号					加入医療保険名称	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	ふりがな						記号	
	氏名						番号	
	生年月日	平成	年	月	日		鶴ヶ島市国民健康保険 全国健康保険協会( )支部 ( )健康保険組合 日本私立学校振興・共済事業団 ( )共済組合 その他( )	
他の助成の有無 (を付けてください)		各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付 有・無			日本スポーツ振興センターの災害共済給付 有・無			
		交通事故等第三者行為による給付 有・無			他の医療助成制度による給付 有・無			

## 領 収 書

入院 日 外来

¥ \_\_\_\_\_

ただし、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 \_\_\_\_\_円含む。)

入院時食事療養標準負担額は、含まない。

診 療 年 月	診 療 科 名	保 険 診 療 総 点 数	他 法 負 担 分 点 数
年 月	科	点	点

入院時食事療養標準負担額

¥ \_\_\_\_\_ (算定食数 \_\_\_\_\_ 食)

年 月 日 医療機関等所在地(住所)

名 称  
氏 名

- 注) 1 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を、点数で記入してください。  
2 点数で記入できない場合は、保健診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。  
(この場合は、必ず円と記入してください。)

- 注) 1 上部申請書欄は、受給者が記入してください。  
2 下部領収書欄には、診療を受けた翌月の10日以後に医療機関等で証明を受けるか、領収書を添付してください。  
3 この申請によりこども医療費として助成を受けた医療費は、税金の医療費控除の対象となりません。  
4 加入している医療保険から家族療養費付加給付金や高額療養費が支払われる場合は、それを控除した額を助成します。  
5 日本スポーツ振興センターの災害共済給付や、交通事故等第三者行為による給付を受けられる場合は、こども医療費の対象となりません。

市処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付額	市民税等の状況	不支給等の理由
	円	円	円	課税・非課税	
	入院時食事療養標準負担額	非課税	非課税(入院91日以上)	支給額	
	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円	1. 重複請求 2. 期間外請求 3. 自費分請求