

様式第5号（第6条関係）

申請者記入欄	㊦ こども医療費助成金支給申請書										
	(宛先) 鶴ヶ島市長						年 月 日				
	申請者住所 鶴ヶ島市										
	(受給資格者) 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。 医療費助成金の支給決定に当たり、鶴ヶ島市が医療保険者に対し、子どもに係る高額療養費及び附加給付の情報を照会することに同意します。											
氏名											
受給資格者番号						被保険者氏名					
子ども	ふりがな					加入医療保険	記号・番号				
	氏名						名 称	<input type="checkbox"/> 鶴ヶ島市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合 <input type="checkbox"/> その他()			
	生年月日	年 月 日生									
他の助成の有無 (○を付けてください)		医療保険者の高額療養費・附加給付 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					

医療機関等記入欄	領 収 書						入院 (日)	外来 (日)
	¥ _____ 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。) ー入院時食事療養標準負担額は、含まない。ー							
	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	
	年 月 日							
様								
医療機関等所在地 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 1か月毎に、①医療機関別、②外来・入院別、③総合病院の場合は診療科別に申請してください。
- 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 この申請により助成を受けた医療費は、税の医療費控除の対象となりません。
- 4 加入医療保険の高額療養費、附加給付及び交通事故等第三者行為による給付が支払われる場合は、支給額を控除した額を助成します。また、日本スポーツ振興センターの災害共済給付が受けられる場合は、医療費助成の対象となりません。

市記入欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給額
	円	円	円	円