

# 八潮市子ども医療費支給申請書 記入例 (医療機関)

様式第4号(第5条関係)

## 八 潮 市

八潮市子ども医療費支給申請書						令和 2 年 7 月 2 日	
(宛先) 八潮						住所 八潮市 中央1-2-1	
上の太枠内は 市民の方が 記入します。						(受給資格者) 氏名 八潮 金太郎 (印)	
TEL (996)-2111							
対象となる子ども				加入医療保険			
受給者 番号	八潮	6	8	0	6	8	記号 012 番号 3456
フリガナ 氏名	ヤシオ モモタロウ 八潮 桃太郎			保険者番号	1	1	0
生年月日	平成	20	年	4	月	2	日
診療月	令和	2	年	6	月	分	未・就
				名 称	八潮市 国保(組合) 社保事務所 支部(協会けんぽ) 健保組合 共済組合 その他		
<p>&lt;確認事項&gt;</p> <p>1. 学校行事や部活動などでの怪我または交通事故による医療費ですか。 はい <input checked="" type="radio"/> いいえ</p> <p>2. 入院等で21,000円以上の医療費を自己負担されましたか。 はい <input checked="" type="radio"/> いいえ</p> <p>⇒「はい」とお答えの方</p> <p>①ご家族で同月に医療費が21,000円以上かかった方はいますか。はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>②限度額適用認定証の交付を受けましたか。はい <input type="radio"/> いいえ</p>							

注意) 上部申請書欄は、申請書が記入してください。

領収書がない場合は、医療機関で証明をもらってください。(保険点数、領収書)

( ) 科		領 収 書		入院	日	外来
¥ 1,500		ただし、2年 6月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む) - 入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない -				
保険診療総点数	500	点	他法負担分点数		点	
入院時食事療養標準負担額			処方元医療機関名(薬局記入欄)			
¥ (算定食数 食)						
2 年 7 月 1 日						
八潮 桃太郎 様		医療機関等所在地		八潮市役所病院		
		名称		八潮市長 大山 忍		
		氏名				

同じ月で医療機関(薬局分も別)が違う時  
同じ月に入院と通院がある時 } は、それぞれ1枚必要になります。

※月単位での計算となりますので診療月の翌月以降に子育て支援課か駅前出張所に

ご提出をお願いいたします。20日締め翌月25日支払いになりますのでご了承ください。

市民の方に証明を  
お願いされましたら、  
ご記入をお願いします。

ひとり親医療費も  
書き方は同じです。