こども

様式第4号(第4条関係)

八潮市こども医療費支給申請書

令和　　年　　月　　日

(宛先)八潮市長

住所
(受給資格者)氏名
TEL

対象となるこども								加入医療保険								
受給者番号								記　号			番　号					
フリガナ								保険者番号								
氏　名																
生　年 月　日	平成 令和　　年　　月　　日							名　称	国保(組合) 支部(協会けんぽ) 健保組合 共済組合 その他							
診療月	令和　　年　　月						未・就									

※以下に該当する医療費は、受け付けられない場合があります。詳しくは、市ホームページ等をご覧いただくか、市へお問い合わせください。

＜確認事項＞

1　学校行事や部活動などでの怪我又は交通事故による医療費ですか。　はい・いいえ

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・いいえ

⇒「はい」とお答えの方

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・いいえ

②　限度額適用認定証の交付を受けましたか。　はい・いいえ

注意)上部申請書欄は、受給資格者が記入してください。

(　　科)　　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	点	他法負担分点数	点

入院時食事療養標準負担額(令和6年3月31日までの負担分のみ適用)　(算定食数　　食)

¥

処方元医療機関名(薬局記入欄)

年　　月　　日

様　　医療機関等所在地

名称

氏名　　印

注意)　1上部領収書欄は、医療機関で記入してください。

2他法負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

診療一部負担金	受給者自己負担金	高額療養費	附加給付
円	円	円	円
入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(入院4ヶ月以降)	支給額合計
円×　食 ＝　円	円×　食 ＝　円	円×　食 ＝　円	

県外	診療	公費	確認	結核	食事	医療機関区分		保険	課税