

# 医療費支給申請書の記入見本

表

※医療費の給付は、領収日の翌日から5年を経過しますと時効となり支給できなくなります。  
 ※日本スポーツ振興センターの「災害共済給付制度」を利用している場合、こども医療費の支給対象とはなりません。  
 ※領収書を添付するときは、裏面にのりつけてください。  
 様式第5号（第7条関係）

**こどもの医療費支給申請書**

令和 3年 4月 1日

No.           

受付印

(宛先) 鴻巣市長

住所 鴻巣市中央1-1

申請者 氏名 鴻巣 はなこ

電話番号 048 (541) 1321

次のとおり医療費の支給を申請します。

対象のこども	受給者番号	1234567	加入保険	被保険者・組合員・加入者・世帯主の氏名	鴻巣 はなこ		
	フリガナ	コウノス タロウ		記号	番号	12345   678	
	氏名	鴻巣 たろう		保険者名称 (保険組合等の名称)	〇〇〇〇健康保険組合		
	生年月日	平・ <b>令</b> 2年1月1日生		保険者番号	1111111		
	診療月	平・ <b>令</b> 3年3月分		要件区分	-		



※ご提出の前に必ずご確認ください

## 高額な医療費(21,000円以上)ですか？

⇒ひと月の医療費(医療機関ごと)が21,000円を超える場合には追加の書類が必要です。

## 学校でのお怪我ではありませんか？

⇒日本スポーツ振興センターの「災害共済給付制度」をご利用になる場合は、申請いただけません。

①申請日と、申請される方の住所・氏名・電話番号を記入してください。

③受診時に利用された保険証の情報を記入してください。

②病院を受診した方について記入してください。  
 医療費受給者証に記載がある受給者番号を記入してください。

申請書の裏側に、領収書をのり付けてください。領収書が複数あるときは、重ならないように貼り付けてください。

(注) 1 上記申請書欄は、          してください。

医療機関ごとに1枚お使いください。

**領収書**

入院 日外来

金 (他法本人負担額 円を含む。)

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

ただし、入院時食事療養標準額負担額

年 月 日

医療機関 所在地 名称 電話番号

(受診者) 様

(注) 1 上記領収書欄は、保険医療機関等で記入してください。  
 2 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。

処理欄	課税状況	県内外区分	区分	入院外来区分	支給総計
	保険診療一部負担金	高額療養費		附加給付	
	円	円		円	
	入院時食事療養負担額	住民税非課税	入院90日を超える食費		
円×食=	円	円×食=	円	円×食=	円

(例)

健康保険 家族 令和 〇年 〇月 〇日交付  
 被保険者証

記号 1 2 3 4 5 番号 6 7 8

氏名 鴻巣 たろう  
 生年月日 令和 〇年 〇月 〇日  
 性別 男  
 認定年月日 令和 〇年 〇月 〇日  
 被保険者氏名 鴻巣 はなこ

保険者番号 1 1 1 1 1 1 1 1  
 保険者名称 〇〇〇〇健康保険組合

裏

