

子どもの医療費助成申請書

令和 4年 1月 1日

記入例

(宛先) 佐賀市長 申請者 住所 佐賀市 佐賀市栄町1-1
(保護者)

フリガナ 氏名 佐賀 太郎

日中連絡がつく電話番号 090 - 1234 - 5678

申請者記入欄

助成対象者(子ども)								加入医療保険				
資格証番号	1	2	3	4	5	6	7	記号・番号	123 - 45678			
								被保険者氏名	申請者・その他()			
フリガナ氏名	フリガナ 佐賀 二郎							保険者名称	① 全国健康保険協会 肥前 支部 2 佐賀市 (国民健康保険組合) 健保組合 3 共済組合 国保組合			
生年月日	平成	25	年	1	月	1	日生	保険者番号	12345678			

医療機関等記入欄(領収書を添付しない場合のみ記入)

保険診療額(領収)証明									
患者氏名									
診療月	年	月	分	[入院期間 日から 日まで]					
区分	①入院			②外来(入院外)又は			③調剤		
				1回目		2回目		3回目以降	
保険診療総点数				点			点		
他法公費負担				点			点		
保険診療一部負担				円			円		
訪問看護利用				円			円		
上記金額を									
医療機関等	所在地			名称			氏名		
	名称			氏名			電話番号		
	電話番号			医療機関コード			印		

ここは原則記入不要です。
(領収証がない場合や整骨院受診時の証明等に医療機関が記入。)

市役所処理欄

処理区分									3	対象点数									
資格証番号										公費負担額									
請求年月										対象額									
診療年月										自己負担額									
点数区分										食事療養費									
県番号										高額療養費									
医療機関コード										付加給付額									
整理番号										助成額									
入外区分										保険区分									
対象日数・対象回数										保険者番号									

3. 2. 1. 申請書は、申請者(保護者)が、医療機関を受診した月の翌月以降に提出してください。申請期限は医療費の支払日から1年以内となりますのでご注意ください。
申請書には、領収書の貼付または、医療機関の「証明」が必要です(レシート不可・その他健康保険の支給決定通知などが必要になります)。

受付

この面に「領収書」をのり付けしてください。(文字上に貼り付け可)

1. 届け出が必要なとき

- ①「健康保険証」が変わったとき
- ②「振込先口座」を変えたいとき
- ③「受給者氏名」が変わったとき
- ④「住所」が変わったとき

2. 申請の方法

- ①申請書は、助成対象者ごと、病院・薬局ごと、診療月ごと、入院・外来ごとに分けて作成してください。
※総合病院は医科と歯科を別にして作成してください。
- ②申請書は、医療機関を受診した月の翌月以降に提出してください。
申請期限は医療費の支払日から1年以内となりますのでご注意ください。
- ③申請書には、「領収書（受診者名、診療月、保険点数、医療機関名が明記されているもの。レシート等は不可）」または、医療機関の「証明」の添付が必要です。