

子どもの医療費助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 佐賀市長 申請者 住所 佐賀市
(保護者)

フリガナ
氏名

日中連絡がつく電話番号 — —

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					記号・番号	—
					被保険者氏名	申請者・その他()
フリガナ氏名					保険者名称	1 全国健康保険協会 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 令和	年	月	日生	保険者番号	

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	点	点	点	点	
他法公費負担点	点	点	点	点	点	点	
保険診療一部負担金	円	円	円	円	円	円	
訪問看護利用料		円	円	円	円	円	
上記金額を受領しました。 年 月 日							
医療機関等	所在地						
	名称						
	氏名						
	電話番号						
	医療機関コード						

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												

申請書は、助成対象者(子ども)と、病院・薬局ごと、診療月ごと、入院・外来ごとに作成してください。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る場合があります)。

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。