



処理区分	①
------	---

受付	審査	受付年月日

こども医療費支給申請書 (償還払)

(宛先) 上尾市長

▼この枠内は保護者をご記入ください。※加入医療保険・振込口座などの登録内容が変わった時はお早めに届出をしてください。太枠内をご記入ください。

※領収書はホチキスで左上・後方に日付順に添付してください。

申請年月日		令和 6 年 5 月 30 日						
受給資格者	住所	上尾市 本町3-1-1						
	電話	048 (775) 5120						
	氏名	上尾 太郎						
	氏名	上尾 花子						
なるこども	生年月日	4.平成	25	年	2	月	1	日
	診療年月	5.令和	6	年	4	月	診療分	
	記号番号	記号	12		番号	345		
	フリガナ	アゲオ タロウ						
医療保険	被保険者、世帯主等氏名	上尾 太郎						
	保険者番号 (右寄せに記入)		1	1	0	1	9	7
	名称	上尾市						
		※ (○で囲む) 協会けんぽ・健保・共済・ 国保 ・国組						
①学校行事や部活動でのけがや疾病又は交通事故によるけがや疾病に係る医療費ですか。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>						
②今回の申請金(この申請書以外に、1か所の病院で医療費(対象となるこどもを含む)はいま)		該当する場合は、「はい」に丸をつけてください。学校(園)の管理下で負傷した場合は原則としてスポーツ振興センターの災害給付が優先されるためこども医療費は対象外となる場合があります。						
※協会けんぽ=全国健康保険協会、健保=健康保険組合、共済=共済組合、国保=国民健康保険、国組=国民健康保険組合		電話 048 (775) 5136						

ここから下は、領収書の記載事項に不備がある場合や領収書を紛失した場合などに、医療機関等で記入してもらってください。必要な場合は、医療機関等で記入してもらってください。

▼この枠内は医療機関が月別、入院・外来別に1枚ご記入ください。※総合病院は各診療科を合算してご記入ください。

医療機関記入欄	領収書を添付する場合は、この欄(医療機関の証明)の記載は不要です。					様 点 入 額を記 日 。 ド
	【領収証に必要な内容】					
	①患者氏名					
	②診療年月日					
	③保険診療分の自己負担額					
	④保険診療点数(接骨院の場合は保険診療総額)					
	⑤医療機関名・所在地					
	⑥発行日または領収日					
	※領収書は必ず原本を申請書の左上後方にホチキスで添付してください。					
	※申請書を作成するときの注意点はHPをご覧ください。					
課税	多数	食税	診療科	過払		