

処理区分	①
------	---

受付	審査	受付年月日

子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**がご記入ください。※健康保険証・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。

申請年月日		令和 ○○年 5月 30日			
保護者	住所	上尾市 本町三丁目1番1号	支給者番号	1 2 3 4 5 6 7 アデオ ハナコ	
	電話	048 (775) 5111	氏名	上尾 花子	
	氏名	上尾 太郎	生年月日	4.平成 20年 5月 2日 5.令和	
※今回の申請金額が2万円以上、この申請書以外に、同じ申請分と同じ診療上の保険医療費を支払った場合、この申請分と同じ診療上の保険医療費を支払った		診療年月	4.平成 2年 4月 診療分 5.令和	診療番号	記号 番号 12 345
氏名	上尾 太郎	健康保険証の番号	アデオ タロウ	保険者番号	1 1 0 1 9 7
いずれかを○で囲む	小学校入学前 ○	小学生以上 ○	健康保険証の有無	協会けんぽ・健保・共済・ 国保 ・国組	組合名称
健康保険	国保=国民健康保険	健康保険証の有無	健康保険証の内容が変わった時は、窓口で変更届を出してください。	上尾市	支部
				電話	048 (775) 5136

1

※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。

ここから下は、領収書の記載事項を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。

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。

【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。

《市処理欄》

課税	多数	食税	診療科	過払