

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。※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 3 年 5 月 30 日												
保護者	住所	上尾市 本町3-1-1												
	電話	048 (775) 5120												
	氏名	上尾 太郎												
	加入	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7					
		フリガナ	アダオ ハナコ											
		氏名	上尾 花子											
		生年月日	4.平成 5.令和	2	5	年	2	月	1	日				
		年月	4.平成 5.令和	2	年	4	月	診療分						
※今回の申請金額が21,000円以上の主へ この申請書以外に 1か所の病院で、 となる子どもを はい いいえ		保険証の 記号番号	記号		番号									
①氏名 なし			12		345									
		フリガナ	アダオ タロウ											
		被保険者、 世帯主等氏名	上尾 太郎											
							1		1		9		7	
		健康保険証を見て記入。健康保険証の内容 が変わった時は、窓口で届出をしてください。												
いずれかを○で囲む（診療年月日）		協会けんぽ・健保・共済 <input checked="" type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 国組												
小学校入学前 <input type="radio"/>		小学生以上 <input checked="" type="radio"/>		保険組合 名称		上尾市						支部		
						電話 048 (775) 5136								

こども医療費受給資格証を見て記入。

該当する場合は、家族(対象となる子どもを含む)の氏名と医療機関名を記入。
21,000円以上の場合で該当しなければ、「なし」と記入。

健康保険証を見て記入。健康保険証の内容が変わった時は、窓口で届出をしてください。

ここからは、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。必要ない場合は、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 記入 た金額を記 日 い。 下
	【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		

※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。