

申請者記入欄	子ども医療費助成申請書									
	令和 年 月 日									
	蓮田市長 宛て					住所 蓮田市				
	申請者 氏名					電話番号				
次のとおり、医療費を申請します。										
対象となる子ども	受給資格証番号							加入	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	フリガナ						医療	記号・番号		
	氏名						保	保険者名 健保組合・全国健保協会 国保・国保組合・共済組合 支部		
	生年月日	平成 令和	年	月	日	険				

- (注) 1 太枠内は、申請者が記入してください。
 2 この用紙は、1か月ごと、医療機関ごとに1枚記入してください。
 3 この用紙は、診療月の翌月以降に提出してください。
 4 学校内でのケガ等で、日本スポーツ振興センター災害共済給付制度の対象となる医療費は助成の対象外です。

医療機関等記入欄	領収書								入院 日	外来 日
	¥ _____									
	ただし、 <input style="width: 40px;" type="text"/> 年 <input style="width: 40px;" type="text"/> 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金) 円含む。)									
	保険診療総点数		点			他方負担分点数		点		
	令和 年 月 日									
	所在地 名称 氏名 電話番号								印	

- (注) 1 点数で記入できない場合は、保険診療点数の欄に10割分の金額を記入してください。(この場合、必ず円と記入すること。)
 2 保険診療総点数の欄には、入院時の食事療養費に係る標準負担金を含まないでください。
 3 この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めずに記入してください。
 4 他法とは、他の公費負担制度(身体障害者福祉法、児童福祉法等)の医療費支給がある場合をいいます。

*市使用欄	一部負担金①	高額療養費②	附加給付金③	自己負担金④	助成額 ①-(②+③+④)
	円	円	円	円	円