

こども医療費支給申請書

提出日 年 月 日

(宛先) 白岡市長

住 所 白岡市

氏 名

電 話 ()

下記のとおり申請します。

対象となるこども	受給者番号		加入健康保険	被保険者名	
	ふりがな			記号・番号	・
	氏 名			保 険 者 名	国民健康保険 国民健康保険組合 全国健康保険協会 健康保険組合 共 済 組 合
	生 年 月 日	年 月 日		支部がある場合	支部

同 意 書

当該助成額の算定に当たり、必要がある場合は、医療機関及び保険者等への問合せを行うことに同意します。

(申請額にかかわらず全ての申請に同意が必要です。)

被保険者の氏名 (自署又は記名押印) 印

学校等での授業・行事・部活動又は交通事故による怪我等ですか。 ☐ はい ☐ いいえ

申請額が 21,000 円以上の場合は ☒ を記入してください。	この申請分について加入保険から高額療養費・附加給付金の支払いがありますか。 ☐ ある (支給決定通知書※1を裏面に添付) ☐ ない (不支給決定通知書※1を裏面に添付又は加入保険からの追加支給ない旨を確認済) ※1 加入保険からの通知がない場合、当課で確認を行うため、通常より支払いに時間を要します。
--	---

※ 医療機関等の領収書等は、裏面にホチキス留めで添付してください。

医療機関等記入欄	領 収 書	入院 日	外来
〒			
ただし、年 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円を含む) ー入院時の食事療養に係る標準負担額を含まないー			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
年 月 日			
受給者 様			
医療機関等所在地 (住所)			
名 称			
氏 名 印			

(注) 1 「他法負担点数」欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

2 「領収書」欄は、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。

白岡市	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	支払額合計
記入欄	円	円	円	円

(裏)

申請時には、次の点に注意してください。

1 表面の記入について

(1) 加入保険については

被保険者は必ずしも受給者と一致するわけではありません。お子様の保険証を確認の上、被保険者名（白岡市国民健康保険の場合は世帯主名）を記入してください。

(2) 学校等又は交通事故による怪我等の確認について

学校等の管理下における怪我等で災害共済給付の対象となる場合又は交通事故等の第三者行為に該当する場合、原則、こども医療費の対象とはなりません。

ただし、全額補助されないなど、こども医療費の対象となり得る可能性もありますので、ご相談ください。

(3) 同意書欄について

金額にかかわらず全ての申請に同意が必要となります。

同意欄が直筆でない申請書の場合は、押印を忘れないようにお願いします。

2 添付書類について

(1) 申請書1枚につき、**同じ医療機関・1か月分**の領収書（原本）をまとめて**ホチキス留め**で添付してください。（※ 受診した翌月以降に1か月分の領収書をまとめて市に申請してください。）

(2) 添付する領収書は、次の条件を全て満たした領収書（診療明細は不要）を添付してください。

- 条件
- ① **こどもの氏名**（申請書に添付する際に、兄弟等での取り違いがないか確認してください。）
 - ② **診療年月日**（1か月分とは、診療年月日が基準となります。）
 - ③ **保険診療総点数**（通常は1点で10円となり、この点数が支払基準となります。）
 - ④ **一部負担額**（実際に窓口で支払った金額です。）
 - ⑤ **医療機関名**

領収書の条件を満たしていない場合・・・

表面の下段部「領収書」の欄を医療機関等に記入いただいた後に申請してください。

(3) 同じ医療機関・1か月分の領収書の合計額が21,000円以上の場合は、保険組合等の支給（不支給）の決定通知書を領収書と併せて提出してください。

領収書・保険組合等からの支給（不支給）決定通知添付欄

ホチキス留めで添付してください。