

# 子ども医療費助成申請書

妙高市長 宛て

次のとおり医療費の助成を申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者 (受給者)	住 所	妙高市		
	氏 名			電話番号
子ども	氏 名		生 年 月 日	受 給 者 番 号
			年 月 日	
加入医療 保険	妙高市 ・ 全国健康保険協会 共済組合 支部 健康保険組合 国民健康保険組合		記号	番号
			被保険者氏名	
振込指定 金融機関 (受給者)	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店 出張所	口座番号 普通 フリガナ 口座名義人
※上記口座は市で登録管理し、市からの振込のみに使用します。口座の閉鎖をした場合はご連絡ください。				
受診年月	年 月	医療機関名		

- (注) 1 受診した月ごとに1枚提出してください。  
 2 医療機関ごと(入院・通院ごと)に1枚必要です。  
 3 太線の枠内を記入してください。

市確認欄	債権者コード		助成決定額	円
------	--------	--	-------	---

## 領 収 書 等 添 付

以下の内容がわかる領収書等を添付した場合は、医療機関等からの記入を省略できます。

平成 年 月 診療分		点 数	領収済負担額
外来 調剤	月の初回受診日の保険診療分	点	円
	月の2回目受診日の保険診療分	点	円
	月の3回目受診日の保険診療分	点	円
	月の4回目受診日の保険診療分	点	円
	月の5回目以降受診日の保険診療分	点	円
	1か月間の保険診療合計	点	円
入院	入院期間	月 日 ~ 月 日	再入院期間 月 日 ~ 月 日
	入院日数	入院中の保険診療分	点 数
	日間		点
	(標準負担額減額認定証所持者) 食事療養を受けた回数		回 (うち長期 回)

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関等 所在地  
 名 称  
 氏 名 ㊟

(裏)

## 注意事項

### 1 助成申請書の計算方法

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

ア 外来の場合は月の初回から4回目まで受診日ごとに 円(その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額)

イ 入院の場合は入院した1日につき 円で計算した額

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき 円で計算した額

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

(2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成の対象となります。

この場合は、減額された標準負担額が申請額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれに助成申請書が必要です。

- (例)
- |                         |    |
|-------------------------|----|
| (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 | 1枚 |
| (2) 外来と入院の場合            | 2枚 |
| (3) 外来と入院、再入院の場合        | 2枚 |
| (4) 外来と入院と訪問看護の場合       | 3枚 |

3 不明の点は、市の担当窓口におたずねください。