

申請年月日を記入

# 記入例

## 子ども医療費支給申請書

〇年 〇月 〇日

申請者 住所 **吉川市 きよみ野1-1**

氏名 **吉川 太郎**

電話 **048 (982) 5111**

受給資格証に記載されている  
資格証番号などを記入

提出された  
方の住所・  
氏名・電話  
番号を記入

下記のとおり子ども医療費を支給します。なお、当該支給額の算定にあたり必要がある場合は、吉川市が保険者等に診療報酬および療養費等の給付状況を確認することを承諾します。

子ども	資格証番号	<b>20000000</b>	受診時における 加入医療保険	世帯主・被保険者 等の氏名	
	ふりがな 氏名	<b>よしかわ いちろう 吉川 一郎</b>		記号 番号	<b>00000000 00</b>
	生年月日	<b>〇〇年 〇月 〇日</b>		名称	<b>全国健康保険協会 埼玉支部</b>
交通事故や学校管理下におけるケガですか（疾病・障がいなど含む）				はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	該当する方 に○をして ください
申請額が21,000 円以上の場合	子の申請分と同月に、1か所の医療機関等に保険診療 分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。		はい <input checked="" type="radio"/> いいえ		

受診時のお  
子様の健康  
保険証の内  
容を記入

備考 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

2 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください(当月分は原則受け付けできません)。

ホチキス

表面の **領収書貼付欄** に領収書（原本）を  
ホチキスで留めてください。

**※こちらは記入例です。**

1. 申請書は、**ひと月ごと、1医療機関ごとに1枚** 提出してください。例えば、同じ月に医院と保険薬局にかかった場合、申請書は2枚必要です。  
また、同じ月に同じ医院で入院と通院をした場合も、申請書は2枚必要です。  
領収書を添付した場合、申請書の領収書欄には、何も記入しないでください。
2. 高額療養費や附加給付の対象となる医療費の場合は、各健康保険からの支払額がわかるものを添付してください。
3. 補装具の場合は、医師の指示書、領収書のコピー、各健康保険からの支払額がわかるものを添付してください。