

受 給 者 記 入 欄	こども		こども医療費支給申請書										
			令和 年 月 日										
	草加市長 宛て												
			住 所 <u>草加市</u>										
			受給者氏名 _____(印)										
			電話・FAX _____()										
			(氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。)										
	次のとおりこども医療費の支給を申請します。												
	また、当該申請の審査の際、健康保険組合に対し高額医療費及び附加給付金の情報を照会することについて同意します。												
	対 象 と な る こ ど も												
受給者 番 号								記号・番号		.			
								保険者番号					
フリガナ 氏 名								保険者名称 (組合名称等)		☐ 健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険組合 ☐ 共済組合			
生年月日													
《確認事項》次の項目のいずれかに○をつけてください。													
学校・保育園の管理下（授業、部活動など）又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか？										はい・いいえ			
申請額が 21,000円 以上の場合		この申請分と同月に同じ健康保険証を使用して、1カ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 ・ いいえ					

医療機関等記入欄				外来	日	入院	日
	証 明 書						
	円（入院時の食事療養に係る標準負担額は含みません。）						
	年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担金 円含みます。）						
	保険診療 総点数	点	他法負担点数	点			
年 月 日							
所在地 医療機関名 名称 氏 名 電 話							
処理	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	支給額			
	円	円	円	円			

- 1 受給者の方へ
 - (1) 上部受給者記入欄は、記入漏れのないようにしてください。
 - (2) 領収書で申請する場合、領収書は、患者名、保険点数の記入があるものにしてください。
 - (3) 医療費の申請は、領収日の翌日から起算して5年を経過すると時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。
- 2 医療機関等の方へ
 - (1) 保険診療一部負担金には、健康保険の対象とならない費用は含めないでください。
 - (2) 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。
 - (3) 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。この場合は、必ず円と記入してください。

[illegible]

受給者記入欄	こども医療費支給申請書											
	令和 6 年 1 2 月 8 日											
	草加市長 宛て											
	住所		高砂 1-1-1									
	受給者氏名		(い) 草加 太郎									
	電話・FAX		080 1234 5678									
	(氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。)											
	次のとおりこども医療費の支給を申請します。											
	また、当該申請の審査の際、健康保険組合に対し高額医療費及び附加給付金の情報を照会することについて同意します。											
	対象となるこども						加入医療保険					
受給者番号 (あ) 1 2 3 4 5 6 7						記号・番号 (お) 012 (か) 3456789						
フリガナ氏名 (う) ソウカ ハナコ 草加 花子						保険者番号 (き) 9 8 7 6 5 4 3 2						
生年月日 (え) 平成 令和 2 年 4 月 2 日						保険者名称 (く) 草加高砂						
健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 国民健康保険 ☒ 国民健康保険組合 ☐ 共済組合												
＜確認事項＞ 次の項目のいずれかに○をつけてください。												
学校・保育園の管理下（授業、部活動など）又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか？ はい (い) いえ												
申請額が21,000円以上の場合 この申請分と同月に同じ健康保険証を使用して、1カ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 (い) いえ												

※ 医療費の領収書を裏面に添付してください。その場合、証明書は不要です。

医療機関等記入欄	外来 日		入院 日				
	証明書						
	円（入院時の食事療養に係る標準負担額は含みません。）						
	年 月 分保険診療一部負担金（他法本人負担金 円含みます。）						
	保険診療総点数		他法負担点数				
	年 月 日		点				
	医療機関名		所在地				
	氏 名		氏 名				
	電 話		電 話				
	保険診療一部負担金		高額療養費		附加給付金		支給額
円		円		円		円	

領収書の添付があれば
証明は不要です。

- 1 受給者の方へ
- 上部受給者記入欄は、記入漏れのないようにしてください。
 - 領収書で申請する場合、領収書は、患者名、保険点数の記入があるものにしてください。
 - 医療費の申請は、領収日の翌日から起算して5年を経過すると時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。
- 2 医療機関等の方へ
- 保険診療一部負担金には、健康保険の対象とならない費用は含めないでください。
 - 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。
 - 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。この場合は、必ず円と記入してください。

所 在	種 別	登 録 番 号										区 分

こども医療費支給申請書 記入例

こども医療費受給者証と資格確認証等に記載の内容を
支給申請書に記入してください。

草加市こども医療費受給者証										県内現物 (施設は市内現物)		
公費負担者番号		8	1	1	1	0	2	1	5			
(あ)	受給者番号		1	2	3	4	5	6	7			
受給者	氏 名	草加 太郎 (い)										
	住 所	み ほ ん										
こども	氏 名	草加 花子 (う)										
	生年月日	令和 2 年 4 月 2 日 生 (え)										

資格確認書（例）

健康保険 資格確認書	家族(被扶養者)	令和6年12月2日交付
(お) 記号 012	番号 3456789	(か)
氏名	草加 花子	
生年月日	令和4年4月2日	
資格取得日	令和6年12月2日	
有効期限	令和11年11月30日	
(き) 保険者番号	98765432	
(く) 保険者名称	草加高砂 健康保険組合	