														番	号							
	1	県	内	2	県	外								受	付							
職員	1	医	科	2	歯	科	3	調	剤	4	4	その	)他									
記	1	証 明	書	2	レシ	ート				į	5	養育	医療									
入	点		数	保一	険 部 負	》 療 担 金	高	額療	養費	ß	付 加	1 給	付 金				J	助	成:	金		
欄			点			円			円	J			円									円
				•				(-)	)こと	じも	) 医	療	費申	請言	<u></u>							
			r. 🛏	,													令	和	年	Ē	月	日
	Ē	春日部市	<b>万長</b>	あっ							(1	住	所									
									申	請者		氏	名									
申	-	T≑Ta l	. J > 10	. r <del> </del> 1 = ‡	:1 +-	<b>-</b>					ĺ	電話	番号				(			)		
44		下記のと 受給		7 甲酮	「しより	) <sub>0</sub>																
請	対象		号							加	被	保	険	者	名							
者	水とな	ふりがれ	な							入健	記	号					番	号				
記	る	氏	名							康	夂	称					<u> </u>					
入	こど	生年月	B		左	F.	月		日	保	71	۸1,				ı	1	1	1		1 1	
欄	₽	診療月	寸	☑成・	令和	左	E.		分	険	保	険	者	番	号							
INA	学校等での授業・行事・部活動、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													いえ								
	申請額が21,000円 この申請分と同じ月に、1か所の医療機関等に保険診療分の 以上の場合医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。											/ <b>) •</b> [/	いえ									
		当該助成							場合は			ま 書報の		争の都	雀認》	及び[	医療相	幾関、	、保障	) 食者等	等への	問
	·	· 山420	- C T	, , _	(-1	コ配し	<b>Д</b> У	0	同意	者日	氏名	(自署	マスは	記名	押印	)						印

## ※医療機関等の領収書等は、裏面にお貼りください。

			·						
		領	収書	1	入院	日	2	外	来
	77								
	<u>¥</u> ただし、平成・令和 年	 日分 -		人名坦克		円含	ta )		
医	一入院時の食事療養費に係る			(人人)[二亚	-	11口	<b>4</b> 0,7		
療								上	1
機	保険診療総点数	点	他法負担分点数					点	
関					A =				_
等					令和	年	月	日	
記		医療機関等	所在地(住所)						
入			名 称						
欄	75 (A V/77 L/77 - 1246							<b>~</b> n	
	受給資格者 様		氏 名					印	
		医療	機関コード						

- (注) 1 「他法負担分点数」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記入してください。

																		_				$\overline{}$	
様式	<b>弋第</b>	3号	(第6	(条)	関係)									番号				, =	記	入	仴	•	
	1	県	内	2	県	外								受 付				( '	4U	/ <b>\</b>	17.	J	
職員	1	医	科	2	歯	科	3	調	剤	4		その	他										
記	1	証明	書	2	レシ	<b>ノート</b>				5		養育	医療										
入	点		数	保一	険 部 負	診 担 金	高	額療	養費	, 陈	力力	川給 化	寸 金	助 成 金									
欄			点			円			円		н							円					
							<u>I</u>	(=	) Z {	ごも	戶	医療	費申	請書									
	令和元年10月 5日 春日部市長 あて 住 所 春日部市 中央6丁目2番地 申請者 氏 名 春日部 市郎											∃											
申	-	下記の。	とおり	申請	青しま <sup>、</sup>	す。						電話	舌番号	09	0 (	1 2	2 3	4 )	5 (	678	8		
請	対	受給番	者 2	2 >	×	×	×	×	×	加	被	保	険	者名	衤	春日部 市郎							
者	象と	ふりが	なカ	ゝすヵ	ヽベ	たろう				入	記	3 号	1 2	3 番号 4567890					0				
記	なる	氏	名	日	部	太郎				健康	H	· 14		. — <i>[</i> 7#	· r== /1	- 17公	/n 人	_					
入	こど	生年月	日 3	平成	174	年 <b>1</b>	0月		1 日	保	2	称		]□□健	<b>康节</b>	<b>卡</b> 快;	祖古	1	1	1	ı		
欄	ŧ	診療月	<b>斗</b>	☑成•	令和	元年	;	<b>5</b> 月分	<del>}</del>	険	保	以除	者	番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	
INA	学校	交等での	授業	• 行	事・音	『活動、	又に	ま交通	事故に	こよる	3 l;	ナがや	疾病の	の医療費	ですれ	β» <sub>°</sub>			はい	\ <b>√</b>	1617	シ	
	申以	請額カ 上	\$ 21 Ø	,00 場	0 円 合									機関等に			を分の	)	はい	\ (\)	1/1/	シ	
	同 意 書 当該助成額の算定に当たり必要がある場合は、税情報の公簿等の確認及び医療機関、保険者等への問																						

※医療機関等の領収書等は、裏面にお貼りください。

同意者氏名(自署又は記名押印)

春日部 市郎

い合わせを行うことに同意します。

	領収書	1 入院	月	2	外 来
医療	Yただし、平成・令和年月分保険診療一部負担金(他法本人負金)一入院時の食事療養費に係る標準負担額を含まない。一	担金	円含	<b>む。</b> )	
機	保険診療総点数 点 他法負担分点数				点
関等		令和	年	月	日
記入	医療機関等 所在地(住所)				
欄	名。称				
	受給資格者 様 氏 名				囙
(2)	医療機関コード				

- (注) 1 「他法負担分点数」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記入してください。