様式第３号（第６条関係）

番号	

職員記入欄					受付
	１ 県内	２ 県外			
	１ 医科	２ 歯科	３ 調剤	４ その他	
	１ 証明書	２ レシート		５ 養育医療	
	点数	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	助成金
	点	円	円	円	円

こども医療費申請書

令和　　年　　月　　日

春日部市長　あて

申請者
住　所
氏　名
電話番号　（　　）

下記のとおり申請します。

対象となるこども			加入健康保険			
受給者番号			被保険者名			
ふりがな			記号		番号	
氏名			名称			
生年月日	年　月　日		保険者番号			
診療月	平成・令和　年　月分					

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
申請額が２１，０００円以上の場合	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

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、保険者等への問い合わせを行うことに同意します。

同意者氏名（自署又は記名押印）　　印

※医療機関等の領収書等は、裏面にお貼りください。

医療機関等記入欄

領収書

１ 入院日	２ 外来

¥

ただし、平成・令和　　年　　月分　保険診療一部負担金（他法本人負担金　　円含む。）
―入院時の食事療養費に係る標準負担額を含まない。―

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点

令和　　年　　月　　日

医療機関等　所在地（住所）
名　称
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。

様式第３号（第６条関係）

記入例

職員記入欄					番号
	１　県　内	２　県　外			受　付
	１　医　科	２　歯　科	３　調　剤	４　その他	
	１　証明書	２　レシート		５　養育医療	
	点　数	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	助　成　金
	点	円	円	円	円

申請者記入欄

こども医療費申請書

令和元年１０月　５日

春日部市長　あて

申請者
住　所　春日部市　中央６丁目２番地
氏　名　春日部　市郎
電話番号　０９０（１２３４）５６７８

下記のとおり申請します。

対象となるこども			加入健康保険			
受給者番号	２ × × × × × ×		被保険者名	春日部　市郎		
ふりがな	かすかべ　たろう		記号	１２３	番号	４５６７８９０
氏　名	春日部　太郎		名称	□□□健康保険組合		
生年月日	平成　１７年　１０月　１日		保険者番号	１ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８		
診療月	平成・(令和)元年　５月分					

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)
申請額が２１，０００円以上の場合　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)

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、保険者等への問い合わせを行うことに同意します。

同意者氏名（自署又は記名押印）　春日部　市郎　印

※医療機関等の領収書等は、裏面にお貼りください。

医療機関等記入欄

領　収　書

１　入院　日　２　外　来

￥

ただし、平成・令和　年　月分　保険診療一部負担金（他法本人負担金　円含む。）
―入院時の食事療養費に係る標準負担額を含まない。―

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点

令和　年　月　日

医療機関等　所在地（住所）
名　称
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。