

市内 受給資格者証の不持参等で窓口での支払いがあった場合 (申請者用)

戸田・蕨市内受診

市内用

第5号様式(第7条関係)その1

戸田市子ども医療費支給申請書  
(戸田・蕨市内医療機関等受診分)

令和 元 年 5 月 1 日

(宛先) 戸田市長 様

住所 戸田市上戸田1-18-1

申請者 フリカナ トダ イチロウ

氏名 戸田 一郎

電話 (090)1234-0000

下記のとおり、医療費を申請します。

|          |               |           |         |
|----------|---------------|-----------|---------|
| 受給資格者証番号 | 5 4 3 2 1 0 1 | 加入医療保険者番号 | 1234567 |
| フリカナ氏名   | トダ ハナコ 戸田 花子  | 加入医療保険者名  | 埼玉支部    |
| 生年月日     | 平成24年1月1日     | 市町村民税の状況  | 課税・非課税  |
| 診療月      | 平成29年1月分      |           |         |

申請者が記入してください。記入後、医療機関の受付窓口へ提出してください。

領収証明書

円 ※入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。

ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法令本人負担金 円を含む。)

|      |             |                |   |
|------|-------------|----------------|---|
| 診療区分 | 1 医科・3歯科    | 保険診療           | 点 |
|      | 4 調剤・5 養育医療 | 総点数            | 点 |
|      | 6 高額療養費     | 他法負担点数(結核予防法等) | 点 |

医療機関が記入する欄です。

令和 年 月 日 所在地

医療機関等 名称

様 代表者 印

受給資格者証の受給資格者証番号を記入してください。※公費負担者番号ではありません。

受給資格者証 見本

戸田市子ども医療費受給資格者証

公費負担者番号 8 1 1 1 0 2 4 9

受給資格者証番号 5 4 3 2 1 0 1

|        |       |                             |   |
|--------|-------|-----------------------------|---|
| 対象乳幼児等 | 氏名    | 戸田 花子                       | 女 |
|        | 生年月日  | 平成24年1月1日                   |   |
| 受給資格者  | 住所    | 戸田市上戸田1丁目18番地1号             |   |
|        | 氏名    | 戸田 一郎                       | 男 |
| 有効期間   | 入院・通院 | 平成25年1月1日から<br>令和 9年3月31日まで |   |

平成25年1月1日発行

戸田市長

(注)裏面注意事項をお読みください。

戸田・蕨市内の医療機関等での受診の場合、健康保険証と「戸田市子ども医療費受給資格者証」を提示することにより、窓口負担なしとなります。(一部医療機関等を除く。)

(注) 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。