

市  
外  
用

**戸田市子ども医療費支給申請書**  
(戸田・蕨市外医療機関等受診分)

令和 年 月 日

(宛先)  
戸田市長

住所 戸田市

申請者

フリガナ  
氏名

電話 ( )

記 次のとおり、医療費を申請します。

入 欄	受給資格者証番号		加入医療保険	記号	
	対象子ども	フリガナ氏名		番号	
	生年月日	平成 令和 年 月 日	名称	健保・国保 共済・協会	
	診療月	平成 令和 年 月分	市町村民税の状況	課税 ・ 非課税	

領収書を添えて、戸田市役所子ども家庭支援室へご提出ください。

※領収書がない場合は、下記領収証明書に医療機関の証明を受けた後、戸田市役所子ども家庭支援室へご提出ください。

**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。)

医 療 機 関	診療区分	1 医 科 ・ 3 歯 科	保険診療	
		4 調 剤 ・ 5 養育医療	総点数	他法負担点数
		6 療育医療 ・ 9 そ の 他	治療区分	1 外 来 ( 日 ) ・ 2 入 院 ( 日 )
関	高額療養費限度額適用認定証の使用		あり ・ なし	
入 欄	入院時食事療養標準負担額			
	円 (食数 食)			
	令和 年 月 日		所在地	
	医療機関等		名称	
		代表者		
		印		

(注1) 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。

(注2) 保険診療総点数が基準点(未就学児は10,500点、就学児は7,000点)を超えている場合、以下にご回答ください。

- ①同一保険に加入の世帯員について、同一月に21,000円以上の一部負担が発生した  
はい ・ いいえ
- ②同一保険に加入の世帯員について、受診月より前の11か月に高額療養費が3回以上発生した  
はい ・ いいえ

受 付 印

※この申請書は、「戸田市のホームページ」の「申請書ダウンロード」からも印刷できます。お支払いできません。