

**記入例「領収書添付の場合」**

第5号様式(第7条関係)その2

**市  
外  
用**

<b>戸田市子ども医療費支給申請書</b> (戸田・蕨市外医療機関等受診分)		令和 ○○年 ○○月 ○○日
申 請 者	(宛先) 戸田市長	住所 戸田市○○○○
記 入 欄	申請者	フリカナ ○○ ○○ 氏名 ○○ ○○ 電話 (○○○)○○○○ ○○○○
次のとおり、医療費を申請します。		
受給資格者証番号	○○○○○○○○	加入医療保険 記号 ○○ 番号 ○○
対象子ども	フリカナ ○○ ○○ 氏名 ○○ ○○ 生年月日 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日 診療月 平成 令和 ○○年 ○○月分	名称 ○○ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span> ・国保 共済・協会 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。

<b>領収証明書</b>		田 ※入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。
医 療 機 関 記 入 欄	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; margin: 10px;"> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">(申請時の注意事項)</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">1、申請書は医療機関別(医科・歯科・調剤・柔道整復・訪問看護)、診療月別、入院外来別に1枚ずつ必要です。</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">2、領収書はのり付けしないでください。</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">3、提出いただいた領収書原本は原則お返しできません。控えが必要な場合は、事前にコピー等をご自身でご準備ください。</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">4、健康保険の使えないものは助成対象外となります。(健診、予防注射、容器代、室料差額、証明書料など)</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">5、一か月に受診した医療費は、一度にまとめて請求してください。受付は、受診月の翌月から可能です。</p> </div>	点 点 日)
	令和 年 月 日	所在地
	医療機関等	名称
		代表者
	<b>該当する場合は回答してください</b>	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、受診日より前の11か月に高額療養費が3回以上発生した  
はい ・ いいえ

<b>受付印</b>
------------

※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。保険証に変更があったときは、市役所へ届出が必要です。届出がない場合は、お支払いできません。