

第5号様式(第7条関係)

申請者記入欄	戸田市子ども医療費支給申請書											
								年	月	日		
	(宛先) 戸市長											
								住所	_____			
								申請者氏名	_____			
								電話	( ) _____			
	次のとおり、医療費を申請します。											
	受給資格者証番号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	記号	_____	番号	_____	
	対象子ども	フリガナ	_____			氏名	_____			加入医療保険	名称	戸田市国民健康保険 全国健康保険協会 ( )支部 ( )健康保険組合 ( )共済組合 ( )
		生年月日	平成 令和	年	月	日						
	診療年月	平成 令和	年	月分								
交通事故や保育所、幼稚園、学校行事、部活動等での怪我や疾病に係る医療費である。									はい・いいえ			
申請額が21,000円以上の場合									はい・いいえ			
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			
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			

領収書を添えて、戸田市役所へご提出ください。

領収証を添付できない場合、医療機関等が記入してください。(証明に費用がかかる場合は自己負担となります)

医療機関記入欄	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 ・ 2 補装具	保険診療総点数								点
		3 歯科 ・ 4 調剤	他方負担分点数								点
		6 訪問看護 ・ 9 柔道整復	治療区分	1 外来 ・ 2 入院( 日)							
	高額療養費限度額適用認定証の使用			あり・なし							
	入院時食事療養標準負担額										
	_____円 (食数 食)							所在地 _____			
	_____年 月 日							医療機関等 名称 _____			
_____様							代表者 _____ 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。

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。

受付印
-----