第５号様式（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 戸田市こども医療費支給申請書  年　　　月　　　日  （宛先）  　戸田市長 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | | | | | | | 住所    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 | |  |
| 対象こども | フリガナ |  | | | | | | | | 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  □（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 平成　令和　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 診療年月  年 | 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 | | 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 | |

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  3 歯　　科　・　4 調　　剤  6 訪問看護　・　9 柔道整復 | | 保険診療総点数 | | | | 点 |
| 他方負担分点数 | | | | 点 |
| 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  医療機関等　名称  代表者　　　　　　　　　　　　　印 | | | |
| 年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　様 | | | |

|  |
| --- |
| 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。

※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。