

第5号様式(第7条関係)

戸田市子ども医療費支給申請書										年 月 日				
申請者記入欄	(宛先) 戸 田 市 長													
	住 所 <u>戸田市上戸田1-18-1</u>													
	申請者 氏 名 <u>戸田 一郎</u>													
	電 話 <u>(048) 441 1800</u>													
次のとおり、医療費を申請します。														
受給資格者証番号											記号	7654321	番号	67
	対象子ども	フリガナ	トダ タロウ							加入医療保険	名 称	戸田市国民健康保険		
		氏 名	戸田 太郎									<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会		
		生年月日	年 月 日									( 東京 ) 支部		
診療年月		令和 年 月分							( ) 健康保険組合					
										( ) 共済組合	( )			
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 <u>いいえ</u>				
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 <u>いいえ</u>			
										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 <u>いいえ</u>			

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						
3 歯 科 ・ 4 調 剤		他方負担分点数							点	
治療区分	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