

戸田市子ども医療費支給申請書

令和 ●年 ●月 ●日

(宛先)
戸田市長

申請者 住所 戸田市上戸田1-18-1
氏名 戸田 太郎
個人番号 1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2
電話 0 4 8 - 4 4 1 - 1 8 0 0

申請者記入欄

次のとおり、医療費を申請します。また、市長が戸田市子ども医療費条例施行規則に基づく支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿等の調査や個人番号等に基づく情報の取得を行うことに同意します。

受給資格者証番号	5	1	2	3	4	5	6	記号	1234567	番号	67	
対象者氏名	フリガナ トダ ハナコ 戸田 花子							加入医療保険 名称	<input type="checkbox"/> 戸田市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (東京) 支部 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input type="checkbox"/> ()			
生年月日	平成 (令和) ●年 ●月 ●日											
個人番号	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
診療年月	(令和) ●年 ●月 診療分											

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 (未就学児10,500点 就学児 7,000点)	同一保険に加入の世帯員について ① この申請以外に同一月、一か月一部負担が発生した。 ② 受診月より前の11か月に高	該当する場合は 回答してください	はい・(いいえ) 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。

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

領収証明書

医療機関記入欄

【 医療機関記入欄 】

領収書が添付できない場合は医療機関に記入してもらってください

(証明に費用がかかる場合は自己負担となります)

印

※申請書は、医療機関等、診療月、入院、外来別に1枚ずつ必要です。

※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。

※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。

一部負担金	高額療養費	附加給付額	食事療養費	助成額

受付印

受付印