

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
氏名
個人番号
電話

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。

申請者記入欄

受給資格者証番号										加入医療保険	記号		番号		
対象子ども	フリガナ氏名							加入医療保険	名称	<input type="checkbox"/> 戸田市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 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														
	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、一か所の医療機関等に21,000円以上の一部負担が発生した。 ② 受診日より前の1 1 か月に高額療養費が3回以上発生した。										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

..... 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、令和 年 月分 保険診療一部負担金(他法令本人負担金 円を含む。)

医療機関記入欄	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 有・無		入院時食事療養標準負担額	
	 円 (食数 食)		
令和 年 月 日		所在地 医療機関等 名称 代表者 印		
	 様		

※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