

申請者記入欄	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											
						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								加入記号		番号	
	対象子ども診療月	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								
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)			(1)マイナンバーカード保険証を利用し、限度額情報の提供に同意した。							はい・いいえ		
			(2) 同一保険に加入の世帯員について、							はい・いいえ		
			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。							はい・いいえ		
②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。

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、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。)										
	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					
..... 様 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。

※保険証情報に変更があったときは、市役所へ届出が必要です。

※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