

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 戸田市上戸田1-18-1

申請者氏名 戸田 太郎

電話 048-441-1800

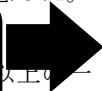
次のとおり、医療費を申請します。

申請者記入欄

受給資格者証番号	5	1	2	3	4	5	6	加入記号	12345	番号	67	
対象フリガナ氏名	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 type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input checked="" type="checkbox"/> (●●●●)支部健康保険組合 <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。 (2) 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、一か月に同一世帯員が医療費負担が発生した。 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 はい・いいえ はい・いいえ

該当する場合は回答してください



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)

※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