

受付	
----	--

子どもの医療費助成申請書

(月分)

年 月 日

鳥栖市福祉事務所長 様
 申請者 住所 鳥栖市 町
 氏名 電話番号

子どもの医療費の助成を受けたいので、申請します。 ※個人番号は一部負担金が21,000円を超える場合記入して下さい。

申請者記入欄	ふりがな	生年月日	年	月	日	保険種別	国保・組合健保 協会健保・共済組合 その他	
	子どもの氏名	個人番号						
	被保険者証記号	被保険者証番号	負担割合			割		
	保険者名	全国健康保険協会 鳥栖市	健康保険組合 共済組合	支部 支部 支部	被保険者名			
					個人番号			

※初めて申請される方、過去に申請したことがある方で振込先口座を変更される方は、記入してください。

支払金融機関	銀行 農協 信用金庫	口座番号	ふりがな
	支店 支所 出張所		口座名義人

医療機関等記入欄	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	診療実日数	日	区分	入院・外来・歯科・調剤	
	保険診療点数	点	一部負担金	円			
	一部負担金内訳	回数(日付)	保険診療点数	一部負担金	上記の一部負担金額(月分)を領収しました。 年 月 日 医療機関等所在地 名称 代表者名 印		
		1回目 (/)	点	円			
2回目 (/)		点	円				
	3回目以降(/ ~) <small>合算</small>	点	円				

- 注1 この申請書は、医療機関ごと、月ごとに1枚必要です。診療を受けた日の属する月の翌月から起算して1年以内に申請してください。
- 2 医療機関の証明に代えて、子どもの氏名、診療総点数、診療月及び領収金額が明記された領収書の添付で申請できます。(レシートは不可)
- 3 保険診療以外の医療費については、申請できません。
- 4 高額療養費該当分は、加入している健康保険で受給の手続きをしてください。

◎ 助成決定額

	日付	点数	一部負担金	自己負担額	支給決定額
1回目					
2回目					
3回目以降					
合計					支給額計
高額療養費・付加給付					

領収証用のりしろ

(裏)

※一部負担金額が 21,000 円を超えている場合、下記の同意をお願いします。

同意書

高額療養費の自己負担限度額が所得と市町村民税課税状況によって異なるため、高額療養費に該当するか否かの確認が必要な場合、保護者の所得及び市町村民税課税状況の調査並びに保険者に対し高額療養費の支給状況を確認することに同意します。

また、国民健康保険に加入している場合、資格の得喪状況並びに国民健康保険被保険者証の記号及び番号について公簿で確認することに同意します。

申請者(保護者) _____

同意書に同意されない場合は、保護者の所得及び市町村民税課税状況を証明する書類を提出していただくことがあります。