

児童医療費助成申請書



保護者記入欄		※太線の枠内に記し、押印の上、必ず受給資格者証を添えて申請してください。											
上三川町長 様										年 月 日			
受給資格者 住所 上三川町													
(保護者) 氏名										⑩			
電 話													
公費番号										加入		被保険者氏名	
受給者番号										保 險		保険証記号番号	
受診者	児童氏名										保 險 者	番 号	
	生年月日		年 月 日									名 称	
振 込 先		銀行・組合 支店・出張所 預金種別 普通・当座 金庫・農協 支所・営業部											
		※上三川町で、2回目以降の申請のときには記入不要です。(振込先を変更する場合は、記入してください。)											
		フリガナ										口座番号	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有 ・ 無			

(注) 高額療養費制度に該当し、限度額適用認定証の交付を受けた場合は認定証の写しを、交付を受けていない場合は当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄												※太線の枠内のみ記入し、押印してください。点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。									
保 険 診 療 証 明 書 (受診者：)																					
保険種類		国保・社保・その他			自己負担割合 1・2・3割			特定疾病療養受療証の有無				有・無									
診療年月		保 険 診 療 合 計 点 数						食 事 療 養 費				他法負担点数		備 考							
年	月	入院 日数	入院 点数	外来 点数	日数	金額 (標準負担額)															
計																					
年 月 日		医療機関等						所在地													
								名称													
								氏名						⑩							

助 成 内 容	保険診療合計金額		一部負担金		控 除 額 の 内 訳				医 療 費 助 成 額	
	円		円		他法負担額	高額療養費	附加給付額	控除額計	円	
	食事療養費									
	計									

《記入例》

児童医療費助成申請書

HP

保護者記入欄 ※太線の枠内に記し、		受給資格証に記載された受給資格者名を記入		添えて申請してください。	
上三川町長 様		2000年 5月 15日			
受給資格者 住所		上三川町 しらさぎ1-1			
(保護者) 氏名		上三川 太郎			
電話		0285-56-9130			
公費番号	6 0 0 9 0 5 1 1	加入	被保険者氏名	上三川 三四郎	
受給者番号	1234567	保	保険証記号番号	100-123456	
受診者	児童氏名	険	保	番号	0 9 0 5 1 4
	生年月日		険	者	名称
振込先	〇〇〇 銀行 組合	△△△△ 支店	出張所		預金種別 普通 当座
	金庫・農協	支所・営業部			
※上三川町の方で、2回目以降の申請のときには記入不要です。(振込先を変更する場合は、記入してください。)					
フリガナ	カミノカワ タロウ	口座番号	9876543		
口座名義	上三川 太郎				
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無			有 ・ 無		

(注) 高額療養費制度に該当し、限度額適用認定証の交付を受けていない場合は当該支給決定通知書又はその写しを添付してください

受給資格証に記載された受給資格者名義の口座を記入

申請にあたっての注意事項

1. 申請方法：【児童医療費受給資格証】+【おさまの健康保険証】+【申請書】+【保険点数の記載がある領収証】+【印鑑】が必要です。上三川町役場 子ども家庭課 母子健康係の窓口、又は、郵送で申請ができます。なお、【児童医療費受給資格証】の提示が無いときは申請受付ができませんのでご注意ください。※助成金は受給資格者名義の銀行口座へ振込になります。

郵送申請：【児童医療費受給資格証】+【申請書】+【保険点数の記載がある領収証】を忘れずに同封してください。封筒に差出人名・住所の記載をお願いいたします。申請時の送料は自己負担となります。 ※返信用封筒、返信用切手は必要ありません。

申請期間：診療月の翌月の初日から1年以内が助成対象です。申請期間を過ぎると助成対象外になりますのでご注意ください。(受診された日の翌月1日～翌年同月末日まで)

◀ 例：2020年4月診療分は、2020年5月1日～2021年4月30日までが申請期間 ▶

2. 保険診療証明書での申請方法：「児童医療費助成申請書」の「医療機関記入欄」に、診療日の翌月以降、医療機関で証明を受けてください。証明手数料については自己負担となります。

3. 高額療養費制度に該当する場合は添付書類が必要となります。限度額適用認定証交付の申請をした場合は「限度額適用認定証」のコピーを添付、申請をしていない場合は「高額療養費決定(支払)書」(該当せずに不支給の場合はその通知書)、又は、そのコピーを添付してください。(高額療養費の限度額は標準報酬月額により異なりますのでご確認ください)

また、付加給付制度に該当し給付を受けられるときは、「付加給付決定(支払)書」又は、そのコピーを添付してください。(「付加給付制度」は加入の保険組合により異なります)

《問い合わせ先》

〒329-0696 上三川町しらさぎ一丁目1番地

上三川町役場 子ども家庭課 母子健康係 (役場1階)

TEL 0285-56-9132 / FAX 0285-56-6868

Eメール kodomo01@town.kaminokawa.lg.jp