

( 重度心身障害児等 ひとり親家庭等 子ども ) 医療費交付申請書

年 月 日

(宛先) 所 沢 市 長

住 所 .....

申請者 氏 名 .....

電話番号 .....

申  
請  
者  
記  
入  
欄

下記のとおり申請します。本申請に係る医療費助成金は、登録を行った口座に振り込むよう依頼します。  
なお、市が健康保険組合等に診療報酬及び療養費等の給付状況等を確認することを承諾します。

受給者証番号 (左詰め)								記号番号	記号	番号	
対 象 者	(カガナ) 氏 名	加入医療保険					保 險 者 番 号				
	生年月日	3 大 4 昭 5 平 6 令	年	月	日	保 險 者 称	全国健康保険協会.....支部・国民健康保険 後期高齢・健康保険組合・共済組合・国保組合				

学校、幼稚園及び保育園の管理下(通学・通園中を含む。)でのケガや疾病である。	はい・いいえ
申請額が 21,000 円以上の場合	この申請分の他に、同月に 1 か所の医療機関等に保険診療分の医療費を 21,000 円以上支払った家族がいる。(「はい」の場合は へ)
	の家族の健康保険組合等は、上記「加入医療保険」と同じである。

医  
療  
機  
関  
記  
入  
欄

対象者氏名	様	医療機関 コード	埼玉 東京 他	1 1	1 3									
診療月	5 平成 6 令和	年	月分	診 療 科 目	1 内 科	3 小 児 科	6 歯 科	11 補 装 具	13 は り き ゆう	16 柔 道	18 訪 問 看 護	10 そ の 他 (調剤含む)		
1 入院		日間	2 外 来	保 險 診 療 総 点 数									点 円	
				他 法 負 担 分 点 数									点	
				一 部 負 担 金									円	
				入院時 食生活 療養標準負担額 食費のみ記入									円	
				療養病床の場合 区分(該当に)	一般(課税) (一般・現役並み)								円 ×	
				1 医療区分	非課税 (低)								円 ×	
				2 医療区分 難病(有・無)	非課税長期該当 (低・低 91日~)								円 ×	
				居住費 ( )日分	生活療養食費								円 ×	
				医療機関等									年 月 日	
				所在地	.....									
				名 称	.....									
				氏 名	.....									

処  
理  
欄

診療区分	1 医 科	2 歯 科	3 調 剤	4 其 他	証明 区分	21 証 明	22 レ シ ト	31 手 数 料	公 費 区 分	41 特 定	42 養 育 ・ 更 生	43 療 育	44 育 成	45 精 神	49 其 他
総点数	負担割合				一部負担金(A)	入院時食事療養標準負担額				計(B)					
..... × 10 円 × ..... / 10 = ..... (A) + ..... = ..... 円															
現物G 公費K 高額療養費 付加給付金															
(B) - ..... - ..... - (..... + .....) = 医療費助成額 ..... 円															