

子どもの医療費助成申請書

年 月 日

鹿島市長 様

住所
申請者 氏名
(保護者) 電話

子どもの医療費の助成を受けたいので申請します。

子ども	ふりがな 氏名	生年月日		年	月	日
	年齢区分 (受診時)	<input type="checkbox"/> 就学前 ~ 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生等 (健康保険証をご持参ください)				
	加入保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 変更あり(変更申請をしてください。) <input type="checkbox"/> 変更なし		
振込先	<input type="checkbox"/> 初めて申請する。 <input type="checkbox"/> 振込先を変更する。 <input type="checkbox"/> 振込先に変更なし。 ↑ ↑ 以下に振込先を記入し、通帳をご持参ください。					
	銀行 農協 金庫 組合		本店 支店 支所 出張所		口座番号	
				口座名義人		

※この申請書は、医療機関(総合病院は診療科)ごと、月ごとに1枚必要です。
 ※医療費を支払った日の翌月初日から1年以内に申請してください。

以下は医療機関等の記入欄です(領収書を紛失した場合など)

医療機関等 証明欄	診療月	年 月 分					
	区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護					
	入院	期間	年 月 日 から 月 日 (入院日数 日)				
		総医療費(総点数×10)	円		一部負担額	円	
	入院外※	1回目	月 日	総 点 数 × 10) 医 療 費	円	一部負担額	円
		2回目	月 日		円	円	
		3回目以降	月 日以降 (日間)		円	円	
	※訪問看護および柔道整復を含む						
装具および治療用眼鏡等 療養費		円		一部負担額	円		
上記の一部負担金を領収いたしました。 年 月 日 医療機関等 所在地 名称 代表者							

以下は鹿島市の記入欄です

	総医療費	一部負担額	高額・附加・公費	保護者負担金	支給決定額
1回目	月 日 円	円	円	円	円
2回目	月 日 円	円	円	円	円
3回目以降	月 日以降 円	円	円	円	円
備考	医療機関コード		災害共済給付 有・無		課税・非課税

※一部負担金が 21, 000 円を超えている場合並びに学校、保育所及び幼稚園管理下において(授業・保育中、休憩時間中、通学・通園中など)負傷したり疾病にかかったりした場合、下記の同意をお願いします。

同 意 書

私は以下のことに同意します。

1. 高額療養費の自己負担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、世帯全員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。
2. 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。
3. 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の支給状況を確認すること。

保護者 住所
氏名

印

同意書に同意されない場合、転入等により本市で所得及び市町村民税の課税状況が確認できない場合又は加入されている健康保険が課税証明の添付を義務付けている場合は、世帯全員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必要があります。

なお、提出されない場合は助成が遅れることがあります。