

小児医療費支給申請書

(申請先)
横浜市

区長
申請者
(対象小児の保護者)

郵便番号		令和		年		月		日
住所								
氏名								㊟
電話	()							
申請者の配偶者欄 (医療証を提示する場合は不要です) 医療費支給に関する所得基準判断のため、私の市民税・県民税の課税内容について調査することに同意します。								
氏名								㊟

次のとおり医療費の支給を受けたいので領収書等を添えて申請します。また医療費支給に関する所得基準判断のため、私(保護者)の市民税・県民税の課税内容について調査することに同意します。

受給者番号					被保険者記号				番号				
(フリガナ)													
対象小児氏名													
生年月日	平成		年		月		日	加入 保 険	被保険者氏名				
入外区分	1 入院		2 入院外		保険者番号				保険者名称				
給付事由	1 医科		2 歯科		3 調剤		4 柔整		5 その他				
診療期間	平成		年		月		日		資格区分	1 一般		2 ㊟扶養	
診療実日数													
申請金額 (支払った一部負担金)									右詰め)				円
振 込 先	金融機関 及び番号				銀行 信用金庫 農協	番 号		店 舗 名 及 び 番 号	本・支店 出張所		番 号		
	口座種目	1 普通		2 当座		口座番号 (右詰め6桁又は7桁)							
	口座名義人 (カタカナ)												

(口座名義人は、カタカナで記入し、姓と名の間は一字あけてください。漢字表記は不要です。)

委任状	私は、次の者に医療費の受領に関する一切の権限を委任します。(申請者の口座に振込む時は不要です。)												
	住所												
	受任者 (口座名義人)							委任者 (申請者)					
	氏名			氏名									㊟

※ 処 理 欄	保険総点数					点	× 10 × 0.		=			円	年度	年度
	自己負担額①					円	医療費対象額(①-②-③)				円			
	高額療養費②					円	一部負担金				円			
	保険給付金③					円	総支給金額				円	該当	該当・非該当	
受 付	課長			係長			係員			決 裁				
										令和	年	月	日	起案
										令和	年	月	日	決裁
備考						市国保・市国保以外						付		
						乳児・幼児・児童								

(注意) ※の欄は記入しないでください。

小児医療費支給申請入力票

申請者

郵便番号

住所

氏名

電話

17									
21	5	22	24	26					
28					31				
35									
85									
135									
175	()								

受給者番号

被保険者番号

対象小児氏名

保険者番号

生年月日

入外区分

給付事由

診療期間

診療実日数

191											198								
206											246								
254	4																		
	5																		
261	1			2															
262	1			2			3			4			5						
263	4	264		266		268		日	から	270	4	271		273		275		日	まで
	5										5								
277				日															

申請金額 (支払った一部負担金)

右詰め

窓口払
(1を記入)

口座種目

口座番号 (右詰め6桁又は7桁)

口座名義人 (カタカナ)

290											283					円	
291											店舗コード				295		
298	1			2								299					
306																	

保険総点数

自己負担額①

高額療養費②

保険給付金③

医療費対象額(①-②-③)

一部負担金

総支給金額

327					点	355					円
334					円	362					円
341					円	369					円
348					円						円

377	1	•	2		
378	1	•	2	•	3

1 : 市国保 2 : 市国保以外
1 : 乳児 2 : 幼児 3 : 児童