

小児医療費支給申請書

(申請先)

横浜市長

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	()		父		母		その他()

申請者の配偶者
同意欄→
(医療証を提示する
場合は不要)

医療費支給に関する所得判断基準のため、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。
 ・医療費支給に関する所得判断のため、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、保険給付金について加入保険者へ照会すること、並びに、申請診療分について医療機関に照会すること及びその内容に基づき支給額が減額されることがあることに同意します。
 ・対象となる小児が18歳以上で、本人以外が申請する場合、私(小児本人)は、申請者に小児医療費の交付申請に関する一切の権限を委任します。
 ・対象となる小児が18歳未満かつ社会保険上の扶養外の場合、親権者(法定代理人)は、小児本人が、小児医療費の支給申請に関する一切の権限を行使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)												被保険者氏名							
小児氏名												保険者番号							
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成				年			月			日	加入保険	保険者名称						
	<input type="checkbox"/> 令和																		

入外区分	1 入院	2 入院外	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	から	平成			年			月		日	まで	
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	<input type="checkbox"/> 銀行	金融機関コード	店 舗 名	<input type="checkbox"/> 支店	支店コード		
	及び番号	<input type="checkbox"/> 信用金庫		及び番号	<input type="checkbox"/> 本店			
		<input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 出張所			
	口座種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 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。

一 ※ 申請者以外の口座へ振り込む場合は、委任者(申請者)の署名もしくは押印が必要です。

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。(申請者の口座に振り込むときは不要です。)					
	受任者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	委任者		
	(口座名義人)	氏名		(申請者)	印	

※ 処理欄	保険点数					点	× 10 × 0. =			円
	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 有・無
	保険給付金③					円	総支給金額			円
		当月受診 有 無 高額療養費 有 無 保険給付金(付加金) 有 無 市国保・市国保以外 乳児・幼児						受 付		

