

小児医療費支給申請書

(申請先)
横浜市長

捨印



申請者
(対象小児の保護者)

郵便番号		令和		年		月		日
住所								
氏名								印
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



※申請者(成年後見人を含む。)の口座へお振込みをご希望の場合は、押印に代えて、以下の署名欄へご署名いただくことも申請が可能です。その場合、申請者(成年後見人を含む。)が署名欄に氏名を自署してください。

(署名欄)

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、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。

受給者番号		加入	被保険者記号		番号	
(フリガナ)		保	被保険者氏名			
対象小児氏名		険	保険者番号			
生年月日	平成	年	月	日	保険者名称	

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	日							
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	金融機関コード	店舗名及び番号	本・支店出張所	支店コード
	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。

※申請者以外の口座へ振り込む場合は、委任者(申請者)の押印が必要です。

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(口座名義人)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				委任者(申請者)
	氏名					氏名

※ 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
	保険給付金③		円	総支給金額	円
備考	療養費の場合 10割負担の費用 - 保険該当分 = 総支給額				受付
	当月受診 有 無 高額療養費 有 無 保険給付金(附加金) 有 無				
	市国保・市国保以外 乳児・幼児・児童				1:市国保 2:市国保以外 1:乳児 2:幼児 3:児童

※処理欄に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

191

被保険者番号

198

対象小児氏名

206

保険者番号

246

生年月日

254

4

5

入外区分

261

1

2

給付事由

262

1

2

3

4

5

診療期間

263

4

5

264

266

268

日から

270

4

5

271

273

275

日まで

診療実日数

277

日

申請金額 (支払った一部負担金

右詰め)

283

円

窓口払
(1を記入)

290

291

店舗コード

295

口座種目

298

1

2

口座番号 (右詰め 6桁又は7桁)

299

口座名義人 (カタカナ)

306

保険総点数

327

点

自己負担額①

334

円

医療費対象額(①-②-③)

355

円

高額療養費②

341

円

一部負担金

362

円

保険給付金③

348

円

総支給金額

369

円

377

1 . 2

1 : 市国保 2 : 市国保以外

378

1 . 2 . 3

1 : 乳児 2 : 幼児 3 : 児童