
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。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	被保険者記号		番号	—				
(フリガナ)										入 保 險	被保険者氏名							
対象小児氏名											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 令和			年			月			日 か ら	平成 令和			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 □申請者に同じ 氏名	委任者 (申請者)	氏名

※ 処	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	
理 欄	備考																			
	療養費の場合 10割負担の費用－保険該当分＝総支給額																			
											当月受診	有	無	受						
											高額療養費	有	無							
										保険給付金(附加金)	有	無	付							
										市国保 ・ 市国保以外										
										乳児 ・ 幼児 ・ 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

申請者住所

郵便番号

氏名

電話

17									
21	22	24		26					
5									
28									
31									
35									
85									
135									
175 () 父・母・その他 ()									

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

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）

191									
198									
206									
254	4								
	5								
261									
1					2				
262									
1					2				
263									
4		264		266		268			
5									
277									
				日					
283									
円									
290									
291									
店舗コード									
295									
298									
1					2				
299									
306									

保険点数

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
334						円
341						円
348						円
355						円
362						円
369						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

★重要

令和5年7月受診分まで：申請者は、通常、ご両親のうちで所得の高い方になります。不明な場合は、お住いの区役所保険年金課へお問い合わせください。

令和5年8月受診分から：申請者は、ご両親のうちどちらでも構いません。

この申請の内容が分かる方の、日中連絡のつく電話番号でお願いします。携帯可。

申請者の口座に振り込む場合は、記入（入力）および押印は不要です。申請者以外の口座を指定する時に、記入（入力）と押印をお願いします。押印は申請書の枚数分必要です。シャチハタ不可。

療 費 支 給 申 請 書

令和 4 年 1 2 月 1 2 日
横浜市 2 3 1 - 0 0 0 5
横浜市 横濱市中区本町 6 - 5 0 - 1 0
申請者 住所
(対象小児の保護者)
氏 名 区役所 太郎
電 話 ▲▲▲ (○○○○) ■■■■ 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

収入等を含めて申請します。また、医療費支給に関する所得判断基準のため、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。また、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。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	1	2	3	4	5	6	7	加	被保険者記号	40	番号	1234567	-	03																																																								
(フリガナ)	クヤクシヨ ハナコ							入	被保険者氏名	区役所 太郎																																																												
対象小児氏名	区役所 花子							保	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8																																																					
生年月日	平成	1	年	1	1	月	1	1	日	険	保険者名称					横浜市国民健康保険																																																						
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	令和	年	月	日	から	平成	令和	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	○○○○							金融機関コード	△△△△							店舗名 及び番号	○○○○							本・支店	出張所							△△△△																																					
口座種目	① 普通							2 当座							口座番号(右詰め6桁又は7桁)							1							2							3							4							5							6							7						
口座名義人(カタカナ)	クヤクシヨ							タロウ																																																														

※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	□申請者と同じ	委任者 (申請者)	氏名
氏名			氏名	

以下の場合について、申請する場合はお名前の記入が(入力)が必要です。申請者が父親の場合、配偶者は母親、申請者が母親の場合、配偶者は父親となります。

- ①平成31年3月以前の、当時中学生だったお子様の医療費(入院分)について申請する場合
 - ②年齢15歳以上で現在小学生又は中学校に通学中の場合
 - ③中学校卒業後も入院し続けている場合
- 対象は満18歳まで

【必ずご確認ください】

★保険証を使われていない場合
保険証を使わず10割負担されている場合、加入されている保険組合に「療養費(保険適用)」の申請をし、支給を受けてからの申請になります。

★高額な領収書の場合
月に2万円を超える高額な領収書の場合、保険組合より「高額療養費」や「付加給付金」が支給されることがあります。

「高額療養費」や「付加給付金」が出る場合、先に支給を受けてからの申請になります。支給の有無については、加入されている保険組合に確認をお願いします。

★印刷について
1枚目の「申請書」と2枚目の「入力票」の両方を記入し、印刷してお送りください。

★申請者の枚数について
①0歳分と1歳以上分は申請書が別に必要です。
②途中で保険証が変わった場合、申請書が別に必要です。
③委任状に記載がある場合、すべての申請書に押印が必要です。
④申請書の記入方法、申請書の枚数が分からない場合は、お問い合わせください。

【お問い合わせ先】
お住いの区役所保険年金課へお問い合わせください。

申請者欄全て、受給番号、対象小児名、生年月日、被保険者番号、保険者番号

小児医療費支給申請入力票

		17									
		21522424122612									
郵便番号		23231-310005									
申請者住所		35横浜市中区本町6-50-1									
氏名		136区役所 太郎									
電話		175▲▲▲ (○○○○) ■■■■ (父) 母・その他 ()									

受給者番号							1911234567							被保険者番号							1981234567-03						
対象小児氏名							206区役所 花子							保険者番号							24612345678						
生年月日							2544111111																				
入外区分							26112																				
給付事由							26212345																				
診療期間							26345264266268							27045271273275							日から日まで						
診療実日数							277																				
申請金額(支払った一部負担金)														右詰め)							283						
窓口払(1を記入)							290																				
							291△△△△							店舗コード							295△△△						
口座種目							298①2							口座番号(右詰め6桁又は7桁)							2991234567						
口座名義人(カタカナ)							306クヤクシヨタロウ																				

保険点数	327						点		
自己負担額①	334						円	医療費対象額①②③	355
高額療養費②	341						円	一部負担金	362
保険給付金③	348						円	総支給金額	369

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