第５号様式（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者記入欄 | 戸田市こども医療費支給申請書年　　　月　　　日（宛先）　戸田市長 |
| 申請者　　 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　(　　　) |
| 　次のとおり、医療費を申請します。 |
| 受給資格者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 加入医療保険 | 記号 | 　 | 番号 |  |
| 対象こども | フリガナ | 　 | 名称 | * 戸田市国民健康保険
* 全国健康保険協会

（　　　　　　　　）支部□（　　　　　　　　）健康保険組合□（　　　　　　　　　）共済組合□（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 平成　令和　　　年　　月　　日 |
| 診療年月年 | 平成　令和　　　年　　月分 |
|  |  |
| 交通事故や保育所、幼稚園、学校行事、部活動等での怪我や疾病に係る医療費である。 | はい・いいえ |
| 申請額が21,000円以上の場合 | 同一保険に加入の世帯員について、同一月に21,000円以上の一部負担が発生した。 | はい・いいえ |
| 同一保険に加入の世帯員について、受診月より前の１１か月に高額療養費が３回以上発生した。 | はい・いいえ |

領収書を添えて、戸田市役所へご提出ください。

※領収証を添付できない場合、医療機関等が記入してください。 （証明に費用がかかる場合は自己負担となります）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関記入欄 | 領収証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　※入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。　ただし、　　　年　　月分保険診療一部負担金(他法令本人負担金　　　　　　円を含む。) |
| 診療区分 | 1 医科　・ 2 補 装 具3 歯　　科　・　4 調　　剤 6 訪問看護　・　9 柔道整復 | 保険診療総点数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　点 |
| 他方負担分点数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　点 |
| 治療区分 | 1　外来　・　2　入院(　　　日) |
| 高額療養費限度額適用認定証の使用 | あり・なし | 　 |
| 入院時食事療養標準負担額　　　　　　　　　　　円　(食数　　　食) | 所在地　　　　　　　　　　　　　　医療機関等　名称　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印 |
| 年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　様 |

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

※この申請書は、「戸田市のホームページ」の「申請書ダウンロード」からも印刷できます。

※保険証に変更があったときは、市役所へ届出が必要です。届出がない場合は、

お支払いできません。