

# 医療費給付申請書の記入のしかた

『子ども』を○で囲んでください

保護者の氏名

保護者の住所・電話番号

医療機関等で診療を受けた子どもの氏名・フリガナ

健康保険証の下部に記載してある保険者名  
 例) 社会保険の場合  
 → 全国健康保険協会等  
 国民健康保険の場合  
 → 330050(笠岡市)

健康保険証の上部に記載してある記号・番号  
 例) 社会保険の場合  
 → 12345678 123  
 国民健康保険の場合  
 → 岡5 0123456

保護者の口座番号  
 ※子どもの口座は不可

様式第8号  
 心身障害者(子ども)ひとり親家庭等 医療費給付申請書  
 令和 年 月 日  
 笠岡市長 殿  
 下記のとおり、医療費の給付を申請します。  
 給付金の請求に関することは、笠岡市 市民生活部 市民課長に委任します。  
 給付金は下記口座に振り込んでください。  
 なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	笠岡 太郎	受給資格者との続柄	父
申請者住所	〒714-8601 笠岡市中央町1番地1		
フリガナ	カサオカ ハナコ	受給資格者の生年月日	明昭 大 20年 4月 2日
氏名	笠岡 花子	受給資格者番号	2 3 4 5 6 7 8
保険者番号(保険者名)	330050 (笠岡市)	保 険 記号番号	岡5- 0123456

診療年月 平・令 年 月 日 ※複数の医療機関等の申請がある場合は、医療機関等毎に申請書を提出してください。

医療機関等の名称	所在地	別紙のとおり
受診科	入・外	請求期間
		発行日
		保 険
		合 計
		負担額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		計
		円
		円

※領収証又は療養費支給決定通知書を添付してください。

金融機関の名称	( ○○ ) 銀行 信金・信組・農協 ( ×× ) 店	支店・支所・出張所
口座種別と口座番号	普通 預金	口座番号
フリガナ	カサオカ タロウ	
名義人	笠岡 太郎	

診療年月	2 0	受給資格者番号	
医療機関コード		加入保険者番号	
加入保険者番号		被保険者番号	
決定点数		性別	
		生年月日	
		日数	
		給付割合	
総医療費 (A)	窓口負担額 (B)	高額療養費自己負担限度額 (C)	他法公費自己負担額(月額) (D)
円	円	円	円
		単県公費一部負担額(月額) (E)	単県公費償還給付額 (F)
		円	円
システム入力	支出命令		
月 日	月 日		

市町村記入欄 ※

※(E)欄は、一部負担額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならぬよう留意。  
 ※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F)=(D)-(E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。  
 ※高額療養費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F)=(C)-(E)  
 ※高額療養費及び他法公費に該当しない場合は、(F)=(B)-(E)

子どもと保護者(申請者)の続柄

医療機関等で診療を受けた子どもの生年月日

子ども医療受給資格者証の受給資格者番号

①申請書の太枠の中に必要事項を記入してください。

②申請者氏名欄及び申請書右端中段のⓂのところを押印してください(2箇所)。

③申請書に医療機関等の領収書などを添付して、市役所市民課窓口に提出してください。

※注意事項  
 申請書は受給資格者ごと・診療月ごと・医療機関等ごと(病院・薬局は別々)に必要となります。