

子ども（高校生等）医療費給付申請書

令和 年 月 日

笠岡市長様

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	㊟	受給資格者との続柄					
申請者住所	〒 TEL () -						
受資格給者	フリガナ			生年月日	平成 年 月 日	配偶者の有無	有・無
	氏名						
	加入保険者名(会社名)	保 険 記号番号		区 分	本人・家族		
	追加給付	有 (自己負担限度額 円) ・ 無					
	他の公費負担制度	有 (制度名) ・ 無					

㊟

※ 婚姻している方（配偶者有りの方）、社会保険本人ご加入者は給付対象外になります。
 ※ ご加入の健康保険から高額療養費（付加給付含む）が支給される場合、先に支給手続きを行っていただき、支給決定通知書のコピーを添付してください。

診療年月	平・令 年 月分
医療機関等の名称	所在地

※ 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。
 ※ 平成30年4月診療分以降が対象になります。

受診科	入・外	請求期間	発行日	保 険	
				合 計	負担額
	入院	平・令 年 月 日 ~ 月 日	平・令 年 月 日	円	円
		平・令 年 月 日 ~ 月 日	平・令 年 月 日	円	円
		平・令 年 月 日 ~ 月 日	平・令 年 月 日	円	円
計				円	円

※ 領収証及び療養費支給決定通知書（該当の場合のみ）を添付してください。

口座番号	金融機関の名称	() 銀行・信金・信組・農協 () 本店・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					
	名義人					

市町村記入欄※	診療年月	2 0	受給資格者番号													
	医療機関等コード									入外	1					
	加入保険者番号											被保険者番号				
	決定点数(金額)															
	性別		生年月日					日数		給付割合	7					
	総医療費	窓口負担額		高額療養費自己負担限度額	他法公費自己負担額(月額)(D)	単県公費一部負担額(月額)(E)	単県公費償還給付額(F)									
	(A)	(B)		(C)	公費番号	外 来 ・ 合 算	(F)									
円	円		円	円	円	円		円								
システム入力	支出命令															
	月 日	月 日														

※ (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による留意。
 ※ (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)