

子ども医療費給付申請書

令和 年 月 日

かほく市長 様

住 所 かほく市

申請者
(保護者) 氏 名

印

電話番号

子ども	フリガナ 氏名		生年月日	平成 令和	年	月	日
加入 健康 保険	被保険者名		記号 番号	.			
	認定年月日	平成 令和	年	月	日	保険者 名称	(保険者番号)

※加入健康保険、振込先等の変更がございましたら、必ず変更届を提出して下さい。

裏面に医療費の領収書（原本）をのりで添付してください。

※一箇月の自己負担額が一定額を超えた場合、ご加入の健康保険から高額療養費が支給されます。また、共済組合や健康保険組合等では、付加給付（家族療養費等）が支給されることがあります。健康保険から医療費の支給を受けた時は、必ず支払通知書を領収書に添付してください。医療費の給付が重複した場合は、乳幼児等医療費の給付金を返還していただくことがあります。

なお、高額療養費、付加給付については、ご加入の健康保険にお問い合わせください。

※保険診療外（予防接種、文書料等）及び診療月から2年を経過したものは支給対象外です。

※領収書に氏名・保険診療点数が明記されていないもの（レシート等）は、下欄に医療機関にて証明をもらってください。

子ども保険診療領収書

患者氏名：

診療月	保険種別	入院・通院	日数	保険診療点数	一部負担金の支払額
年 月	国保 社保	入院 通院		点	円

上記金額領収しました。

令和 年 月 日

(医療機関等) 住所 (所在地)

氏名 (名称)

印

電話番号