

【記入例】

㉔ こども医療費支給申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

朝霞市長 宛

住所 **朝霞市本町 1-1-1**
 申請者氏名 **朝霞 太郎**
 電話番号 **080-△△△△-□□□□**

次のとおり医療費の支給を申請します。

また、本支給申請に係る助成額算定のため、朝霞市が所得情報を確認すること並びに加入保険者及び独立行政法人日本スポーツ振興センターへ必要な情報を照会し、回答を受けることについて同意します。

対象 こども	受給資格証番号	0	1	2	3	〇	〇	〇	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	朝霞 〇〇
	フリガナ	アサカ ハナコ						加入保険		記号・番号
	氏名	朝霞 花子							保険者の名称	<input type="checkbox"/> 朝霞市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (× ×) 支部 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input type="checkbox"/> ()
	生年月日	R〇年 〇〇月 〇〇日						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すか。 はい いいえ		
① 申請額が21,000円以上の場合		上記受診者と同じ保険に加入されている御家族で、申請に係る受診月と同じ月に、1つの医療機関等で21,000円以上の医療費(保険診療分)を支払った方はいますか。						② いる いない		

注 上記の申請者欄は、申請者が記入してください。

注 左下領収書添付欄への領収書、医療機関証明欄への記入により申請を行ってください。

領収書添付欄 (ホチキス等で添付してください)

注 上記「他

①：「はい」の場合、こども医療費としては申請できません。

交通事故の場合は健康保険組合等に御連絡ください。また、学校等での怪我や疾病の場合は日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象になる場合がありますので、お問い合わせください。

②：「はい」の場合、当てはまる御家族の領収証の提出が必要になります。

※健康保険組合等では、窓口で支払った金額が一定額(「自己負担限度額」所得に応じて組合が決定します)を超えると、その超えた分の医療費を「高額療養費」として支給します。

また、一部の健康保険組合等では負担軽減のため、「付加給付金」として、追加の給付制度を設けています。(市では組合等からの支給があった場合、その額を差し引いて支給します。)

組合等では、「高額療養費」「付加給付金」を決定する際に、同一世帯での医療費を併せて算出するため、御家族の領収証の提出をお願いしております。