

(表)

子ども医療費助成申請書

年 月 日

燕市長様

(申請する人) 受給者本人(下の太枠内のみ記入)

(代理人が申請する場合は、右に記入)

住 所 燕市

次のとおり、医療費の助成を申請します。

氏 名

受給者証番号		(電話)	
受給者氏名 (保護者)		住 所	燕市
受療者氏名 (子ども)			(電話)

加入保険	加入者名 (組合員名)		記号・番号	
	保険者名	<input type="checkbox"/> 燕市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合	<input type="checkbox"/> ()国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合 <input type="checkbox"/> ()支 部	

振込先	金融機関名	銀行・信組・労金 信金 農協	支 店 名	本店 支店
	(カタカナ) 名 義 人		種別・番号	普通 当座

添付資料	・保険点数を確認できる領収書 (枚)	診療月	年 月 分
	・医療機関等が発行した証明書 (枚)	入院・ 外来別	入院・外 来

[以下、市担当者記入欄]

		助 成 決 定 額	円
外 来 調 剤	診 療 日	保 険 診 療 点 数	一 部 負 担 額
	初 回 診 療 日 (月 日)	点	円
	2 回 目 診 療 日 (月 日)	点	円
	3 回 目 診 療 日 (月 日)	点	円
	4 回 目 診 療 日 (月 日)	点	円
	5 回 目 以 降	点	円
合 計		点	円
入 院	入 院 日 (入院日数)	保 険 診 療 点 数	一 部 負 担 額
	日 ~ 日 (日間)	点	円
	(再入院) 日 ~ 日 (日間)		
食事療養を受けた回数 (内、長期該当の回数)		食 事 療 養 当 月 分 負 担 額	円
訪問看護	利 用 日 数 日	当 月 分 療 養 費	円
他 法 負 担 の 有 無	障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業・ 母子保健法・児童福祉法・その他()	公 費 分 点 数	点
		患 者 負 担 額 (公費分)	円

(裏)

注意事項

1 助成申請額の計算方法

(1)対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア 外来の場合は、月の初回から4回目まで受診日ごとに 円(その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額)を控除した額が申請額となります。

イ 入院の場合は、一部負担金はありません。

ウ 訪問看護の場合は、利用した1日につき 円で計算した額を控除した額が申請額となります。

(2)入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。

この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一个月内に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

《例》

- | | |
|------------------------|----|
| (1)外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 | 1枚 |
| (2)外来と入院の場合 | 2枚 |
| (3)外来と入院、再入院の場合 | 2枚 |
| (4)外来と入院と訪問看護の場合 | 3枚 |

※ これらは診療、調剤、訪問看護で医療機関等がそれぞれ1か所だった場合であり、月ごとに受診した医療機関等の数ごとにそれぞれ上記の例の枚数が必要になります。

3 わからないことがあれば、市の担当窓口におたずねください。