

子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住所  
氏名  
電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
受療者氏名 (子ども)		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	本店	口座番号
		支店	フリガナ
		出張所	口座名義人
		普通・当座 No.	

- (注) 1 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。  
2 本紙は医療機関ごとに1枚必要です。

市確認欄

助成決定額	円
-------	---

.....以下は、医療機関等が記入します。.....

( 年 月診療分)

		保険診療点数	一部負担額	
外来 ・ 調剤	月の初回受診日	点	円	
	月の2回目受診日	点	円	
	月の3回目受診日	点	円	
	月の4回目受診日	点	円	
	月の5回目以降	点	円	
	合 計	点	円	
入院	入院日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	入院日数	保険診療点数	一部負担額	
	日	点	円	
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当	回
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	

上記のとおり領収しました。

年 月 日

様 (受給者氏名)

医療機関等 所在地  
名 称  
氏 名

印

- (注) 1 一部負担額の欄は、医療保険及び他法負担適用後の金額を記入してください。  
(医療保険適用外の額を含めないこと)  
2 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することにより、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏面)

## 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 入院の場合は入院した1日につき 円を控除した額が申請額となります。

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき 円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 |

3 ご不明の点は、小千谷市健康未来こども課（電話0258—83—3640）にお問合せください。