

(表)

様式第7号 (第6条関係)

子ども医療費助成申請書

年 月 日

佐渡市長 様

住所

申請者

氏名

次のとおり、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	(金融機関名)	(店名)	(口座番号)	(口座名義)	
	銀行・信組 農協・労金 ()	本店 支店 出張所 ()	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(カタカナで記入)	

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
 2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
 3 本紙は医療機関ごとに1枚必要です。

佐渡市確認欄

助成決定額	円
-------	---

.....以下は医療機関等に記入してもらうこと.....

(年 月診療分)

		保険診療点数	一部負担金	
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
訪問介護	利用日数	日	当月分療養費	円
他方負担 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



(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で、医療機関等における記入を省略することができます。

注意事項

1 助成額の計算方法

(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助成額となります。

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530円（その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額）を控除した額が助成額となります。

イ 入院の場合は、一部負担金の額が助成額となります。

ウ 訪問看護の場合は、利用した1日につき250円で計算した額を控除した額が助成額となります。

(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を受けている方が助成対象となります。

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 同一月中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 不明の点は、佐渡市の担当窓口へお尋ねください。