

記入例

(表)

様式第7号 (第6条関係)

子ども医療費助成申請書

R〇〇年〇〇月〇〇日

佐渡市長 様

住所 佐渡市△△△△〇〇-〇

申請者

氏名 佐渡 島子

次のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号	9876543	保険者名	全国健康保険協会 新潟支部	
受給者氏名	佐渡 太郎	記号・番号	12345678 910	
受療者氏名 (子ども)	佐渡 花子	被保険者氏名	佐渡 太郎	
受診医療機関名	〇〇総合病院		受診年月	R〇〇年〇〇月
振込指定 金融機関	(金融機関名)	(店名)	(口座番号)	(口座名義)
	〇〇 銀行・信組 農協・労金 ()	△△ 本店 支店 出張所 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 0123456	(カタカナで記入) サド シマコ

- (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。

- ・ 申請者と口座名義人が一致すること。
(異なる場合は、委任状が必要)
- ・ 受給者とは一致しなくてもよい。

.....以下は医療機関等に記入してもらうこと。.....
 (年 月診療分)

外 調	<p>○医療機関 (調剤薬局) ごとに1枚、月ごとに1枚、通院・入院ごとに1枚必要。</p> <p>○領収書があれば、この欄は記入不要。</p>	日
入		日
訪		日
他		日
方		日
集		日
の		日
有		日
上		日
記		日
の		日
欄		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 不明の点は、佐渡市の担当窓口へお尋ねください。