

保護者登録されている方 (=父母のうち、生計維持の度合いが高い方)の氏名等をご記入ください。

児医療費支給申請書

(申請先)
横浜市長

申請者
(対象小児の保護者)

郵便番号	244-0003	令和	3	年	3	月	1	日
住所	横浜市戸塚区戸塚町16-17							
氏名	戸塚 一郎							
電話	000	(0000)	0000	父	<input checked="" type="radio"/>	母

申請者の配偶者
同意欄
(医療証を提示する場合は不要)

医療費支給に関する所得判断基準のため、私の市民税・県民税の課税内容について調査することに同意します。

氏名

次のとおり医療費の支給を受けたいので領収書等を添えて申請します。また、医療費支給に関する所得判断基準のため、私(保護者)の市民税・県民税の課税内容について調査すること、保険給付金について加入保険者へ照会すること、並びに、申請診療分について医療機関に照会すること及びその内容に基づき支給額が減額されることがあることに同意します。

受給者番号	00000000	加入	被保険者記号	40	番号	00000000
(フリガナ)	トツカ タロウ	入	被保険者氏名	戸塚 一郎		
対象小児氏名	戸塚 太郎	保	保険者番号	144139		
生年月日	平成 3 年 2 月 1 日	険	保険者名称	横浜市国民健康保険		

- 金融機関コード一例
- みずほ銀行：0001
 - 三菱UFJ銀行：0005
 - 三井住友銀行：0009
 - 横浜銀行：0138
 - ゆうちょ銀行：9900

お子様の医療証・健康保険証の内容を記入してください。
※加入保険の被保険者氏名は、国民健康保険＝世帯主、社会保険＝お勤めしている方となります。

振込先	金融機関及び番号	銀行 信用金庫 農協	金融機関コード	☆☆☆☆	店舗名及び番号	△△△△	本支店	<input checked="" type="radio"/>	支店コード	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	口座種目	1 普通	2 当座	口座番号(右詰め6桁又は7桁)	XXXXXXXXXX					
	口座名義人(カタカナ)	トツカ ハナコ								

※口座名義人はカタカナで記入し、姓と名の間は一字あけてください。漢字表記は不要です。 ※濁点(・)や半濁点(゜)は一字分とします。
※申請者以外の口座へ振り込む場合は、委任者(申請者)の押印が必要です。

私は、次の者に医療費の受領に関する一切の権限を委任します。(申請者の口座に振り込むときは不要です。)

委任状	受任者(口座名義人)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	委任者(申請者)	<input checked="" type="checkbox"/>
	氏名	戸塚 花子		氏名	戸塚 一郎

※	保険点数	点	× 10 × 0.	=	円
処	自己負担額①	円	医療費対象額(①②③)	円	
理	高額療養費②				
欄	保険給付金③				
	備考	当月受診 有 無 受			
	療養費の場合	10割負担の費用 - 保険該当分 = 総支給額			
		高額療養費 有 無 受			
		乳児・幼児・児童			

申請者の方以外の口座への振込みを希望される場合は、委任状欄に記入・押印(朱肉を使うもの。スタンプ印は不可)が必要となります。

※この用紙は機械で処理しますので、枠内にはっきりと記入してください。

※処理欄には記入しないでください。

小児医療費支給申請入力票

申請者

郵便番号	28	31	21	5	22	24	36
住所	35						
氏名	85						
電話	175		()		父・母・その他 ()		

受給者番号

191					
-----	--	--	--	--	--

被保険者番号

198				
-----	--	--	--	--

対象小児氏名

206					
-----	--	--	--	--	--

保険者番号

246					
-----	--	--	--	--	--

生年月日

254	4				
	5				

入外区分

261	1	2
-----	---	---

給付事由

262	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---

診療期間

263	4	264		266		268		日	270	4	271		273		275		日	まで
	5									5								

診療実日数

277				日
-----	--	--	--	---

申請金額 (支払った一部負担金)

右詰め)

283						円
-----	--	--	--	--	--	---

窓口払

290			
-----	--	--	--

口座種目

288	1	2
-----	---	---

口座番号 (右詰め 6桁又は7桁)

291						店舗コード	295		
-----	--	--	--	--	--	-------	-----	--	--

口座名義

306									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※太枠で囲んである部分に、1枚目の支給申請書と同様の内容を記入してください。

保険点数

334					
341					
348					

自己負担額①

					円
--	--	--	--	--	---

高額療養費②

					円
--	--	--	--	--	---

保険給付金③

					円
--	--	--	--	--	---

医療費対象額①・②・③

355						円
-----	--	--	--	--	--	---

一部負担金

362						円
-----	--	--	--	--	--	---

総支給金額

369						円
-----	--	--	--	--	--	---

377	1	2	
378	1	2	3

1:市国保 2:市国保以外

1:乳児 2:幼児 3:児童