

(☐重度心身障害児等 ☐ひとり親家庭等 ☐子ども) 医療費交付申請書

年 月 日

(宛先) 所 沢 市 長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

下記のとおり申請します。本申請に係る医療費助成金は、登録を行った口座に振り込むよう依頼します。
なお、市が健康保険組合等に診療報酬及び療養費等の給付状況等を確認することを承諾します。

受給者証番号 (左詰め)										加入医療保険	記号番号	記号				番号						
対象者	(フリガナ) 氏 名										保 険 者 番 号											
	生年月日	3大4昭 5平6令									年			月			日					
										保 險 者 称	全国健康保険協会.....支部・国民健康保険 後期高齢・健康保険組合・共済組合・国保組合											

学校、幼稚園及び保育園の管理下（通学・通園中を含む。）でのケガや疾病である。 はい・いいえ

申請額が 21,000 円以上の場合	① この申請分の他に、同月に 1 か所の医療機関等に保険診療分の医療費を 21,000 円以上支払った家族がいる。（「はい」の場合は②へ）	はい・いいえ
	② ①の家族の健康保険組合等は、上記「加入医療保険」と同じである。	はい・いいえ

医療機関記入欄	対象者氏名				様	医療機関コード		埼玉県 東京 他	11	13									
	診療月				5 平成 6 令和	年	月分	診療科目	1 内科	3 小児科	6 歯科	11 補装具	13 はりきゅう	16 柔道	18 訪問看護	10 その他 (調剤含む)			
	1 入院					日間	2 外来												
	保険診療点数																		
	他法負担点数																		
一部負担金																			
								入院時食事生活				療養標準負担額				円			
								※療養病床の場合 区分(該当に○) 1 医療区分Ⅰ 2 医療区分Ⅱ・Ⅲ 難病(有・無) 居住費 () 日分				一般(課税) (一般・現役並み) _____円× 非課税 (低Ⅱ) _____円× 非課税長期該当 (低Ⅰ・低Ⅱ91日～) _____円× 生活療養食費 _____円×				円			
								医療機関等				年 月 日							
								所在地											
								名称											
								氏名								印			

処 理 欄	診療区分	1 医 科	2 歯 科	3 調 剤	4 そ の 他	証明区分	21 証 明	22 レ シ ー ト	31 手 数 料	公費区分	41 特 定	42 養 育 ・ 更 生	43 療 育	44 育 成	45 精 神	49 そ の 他																				
	<table border="0"> <tr> <td>総 点 数</td> <td>負担割合</td> <td>一部負担金 (A)</td> <td>入院時食事療養標準負担金</td> <td>計 (B)</td> </tr> <tr> <td>..... × 10 円 ×</td> <td>..... / 10 =</td> <td>(A) +</td> <td>=</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>現物 G</td> <td>公費 K</td> <td>高額療養費</td> <td>付加給付金</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(B) - - (..... +) = 医療費助成額</td> <td>円</td> </tr> </table>																	総 点 数	負担割合	一部負担金 (A)	入院時食事療養標準負担金	計 (B)	 × 10 円 ×	 / 10 =	(A) +	=	円	現物 G	公費 K	高額療養費	付加給付金		(B) - - (..... +) = 医療費助成額			
総 点 数	負担割合	一部負担金 (A)	入院時食事療養標準負担金	計 (B)																																
..... × 10 円 ×	 / 10 =	(A) +	=	円																																
現物 G	公費 K	高額療養費	付加給付金																																	
(B) - - (..... +) = 医療費助成額				円																																

【 申請書の記入について 】

該当するものに☑してください。

対象者の
・受給者証番号
・氏名
・生年月日
をご記入ください。

提出年月日と、
申請者の
・住所
・氏名
・電話番号
をご記入ください。

医療機関受診
時の健康保険
の内容をご記
入ください。

該当するほう
に○をしてく
ださい。

(☐ 重度心身障害児等 ☐ ひとり親家庭等 ☒ 子ども) 医療費交付申請書	
(あて先) 所 沢 市 長	年 月 日
住 所	所沢市並木1-1-1
申請者 氏 名	所沢 太郎
電話番号	04-2998-1111
のとおりに申請します。本申請に係る医療費助成金は、登録を行った口座に振り込むよう依頼します。 また健康保険組合等に診療報酬及び療養費等の給付状況等を確認することを承諾します。	
加入医療保険	記号番号 記号 番号
5 5 0 1 0 5 6	埼 所 国 1056
トコロザワ ハナコ	0 0 1 1 0 0 8 0
入 欄	所沢市
対象者 氏名	全国健康保険協会 支部 国民健康保険 後期高齢・健康保険組合・共済組合・国保組合
生年月日	3 大 4 昭 1 年 5 月 1 日 5 平 6 令
学校、幼稚園および保育園の管理下（通学・通園中を含む）でのケガや疾病である。	はい いない
申請額が21,000円以上の場合	①この申請分の他に、同月に1ヶ所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいる。（「はい」の場合は②へ） ②①の家族の健康保険組合は、上記「加入医療保険」と同じである。
	はい・いいえ

【 申請書の提出について 】

(例) レシートの場合

〇〇病院
●●年-5月-1日
01★1200非
預り 1200
おつり 0
所沢太郎 様
400点
〇〇病院 印

●次の A 又は B の方法でご提出ください。

A. 医療費交付申請書の裏面に領収証（原本）を貼付する。

領収証には、次の項目が必要です。

- ①医療機関名
- ②受診者氏名
- ③診療年月日
- ④領収印
- ⑤医療保険対象の保険点数又は保険診療に係る負担割合
- ⑥一部負担額（保険診療の対象となる金額）

B. 医療機関に証明をしてもらう。

医療費交付申請書の表面の記入欄に証明をいただくことで、領収証と同様の取り扱いができます。
ただし、証明にかかる手数料や文書料等は医療費助成の対象外です。

●医療費交付申請書は1か月分の1医療機関 又は1薬局ごとに取りまとめてください。

同じ医療機関でも「入院」と「外来」の場合、また「医科」と「歯科」での診療がある場合は申請書を分けてください。

●申請書の提出時期は、受診月の翌月以降です。受診した当月中には受け付けできません。

●健康保険組合等から高額療養費や付加給付金等が支給され、医療費の決定通知書がある場合、決定通知書の写しも併せて添付してください。

●申請書は毎月15日締めで、その翌月末日振込み予定となります。

登録されている保険証の内容や振込先口座に変更があった場合は、早めの届出をお願いいたします。
なお、健康保険組合等から、高額療養費や付加給付金等が支給される可能性があるときは、市からの支給が遅れることがあります。

●医療費交付申請書による申請の有効期間（権利の消滅時効）は5年間です。

ただし、健康保険組合等への請求の時効は2年間のため、早めの申請をお願いいたします。

●日本スポーツ振興センター災害共済制度の対象となるとき又は交通事故等の第三者行為によるときは申請できません。

【問合せ先】〒359-8501 所沢市並木1-1-1 所沢市役所

重度心身障害児等医療費について

障害福祉課

電話：04-2998-9116

FAX：04-2998-1147

子ども・ひとり親家庭等医療費について

こども支援課

電話：04-2998-9124

FAX：04-2998-9136