

第4号様式（第4条関係）

県外	診療	定額	確認
	4		2

受付印
健康づくり推進課
年 月 日

申請者記入欄	こども医療費受給申請書(償還用)													
	年 月 日													
	越谷市長 宛													
	住所 申請者 氏名 印 (電話 — —)													
	下記のとおり医療費を申請します。なお、当該支給額の算定にあたり必要がある場合は、越谷市が保険者等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認することを承諾します。													
	対象となるこども	受給者番号												
		フリガナ												
		氏名												
		生年月日	平成		年		月		日	加入医療保険	被保険者氏名 (世帯主・組合員・加入者)			
										記号		番号		
									保険者名称 (組合名称等)					
									保険者番号					
	学校行事や部活動でのけがや疾病又は交通事故によるけがや疾病に係る医療費ですか。													
	はい・いいえ													
	申請額が21,000円以上の場合													
	この申請分と同月に、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ますか。													
	はい・いいえ													

未熟児養育医療

医療機関等記入欄	領 収 書									
	保険診療 総点数					点				
	診 療 年 月					診 療 日 数				
	年 月					入 院 外 来				
						日 日				
						他法負担点数				
						点				
	年 月 日					県コード				
						医療機関コード				
						診療科コード				
					医療機関等 所在地					
					名称					
					氏名					
					印					

- (注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入し、医療機関別及び入院・外来別に提出してください。
 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
 3 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 4 市へ申請するときは、印鑑、受給資格証及び保険証を持参してください。