第４号様式（第４条関係）

県　外	診　療	定　額	確　認

受　付　印

こども医療費受給申請書（償還用）

越谷市長　宛　　令和　　年　　月　　日

申請者　　住所
（受給資格者）
氏名（自署）
（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並びに課税台帳及び加入医療保険等の公簿により確認することに同意します。

申請者記入欄

対象となるこども			加入医療保険		
	受給者番号			被保険者氏名（世帯主・組合員・加入者）	
	フリガナ			記号	番号
	氏名			保険者名称（組合名称等）	1 国民健康保険 2 国民健康保険組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合　5 船員保険 6 健康保険組合 7 日本私立学校振興・共済事業団 （ある場合）本部 ・（　　）支部
	生年月日	平成・令和　年　月　日		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

医療機関等記入欄

領　収　書

保険診療総点数	点

保険診療一部負担金	円

（入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない額）

診療年月		診療日数	
年	月	入院	外来
		日	日

他法負担分点数	点

年　月　日

様

	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、医療機関等別及び入院・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。他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
３　申請は支払の翌月から可能です。時効は支払日の翌日から５年です。
４　市へ申請するときは、受給資格証及び加入する健康保険を証する書類等を持参してください。
５　医療費の全額を負担した際は、保険者が発行した支給決定通知の原本を添付してください。
６　補装具や弱視用の眼鏡については、医療機関等が発行した診断書等の原本又は写し、保険者が発行した支給決定通知の原本を添付してください。
７　医療費が高額の場合、保険者からの支給内容を確認してからこども医療費の支給額を決定しますので、支給までに日数を要します。また、保険者によつては、追加で書類のご提出をお願いする場合があります。

第４号様式（第４条関係）

県　外	診　療	定　額	確　認

記入例

受　付　印

提出日

申請者記入欄

こども医療費受給申請書（償還用）

越谷市長　宛

令和　6 年 12 月 2 日

受給資格者証の「受給資格者」

申請者（受給資格者）　住所　越谷市越ヶ谷4−2−1

氏名（自署）　越谷　花子

（電話　048　—　963　—　9166　）

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並びに課税台帳及び加入医療保険等の公簿により確認することに同意します。

対象となるこども			加入医療保険		
	受給者番号	× × × × × × ×		被保険者氏名（世帯主・組合員・加入者）	越谷　花子
				記号 111	番号 11111
	フリガナ	コシガヤ　イチロウ		保険者名称（組合名称等）	1 国民健康保険 2 国民健康保険組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 船員保険 6 健康保険組合 7 日本私立学校振興・共済事業団
	氏名	越谷　一郎			（ある場合）本部・（ 埼玉 ）支部
	生年月日	平成・令和 25 年 1月 1日		保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1

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

医療機関等記入欄

領　収　書

保険診療総点数	点	保険診療一部負担金	円

（入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない額）

診療年

この「領収書」欄は、領収書を紛失するなどして領収書を添付できない場合に医療機関等に記入してもらってください。

名　称

氏　名　　印

（注）１　上部申請書欄は、申請者が記入し、医療機関等別及び入院・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。他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

３　申請は支払の翌月から可能です。時効は支払日の翌日から５年です。

４　市へ申請するときは、受給資格証及び加入する健康保険を証する書類等を持参してください。

５　医療費の全額を負担した際は、保険者が発行した支給決定通知の原本を添付してください。

６　補装具や弱視用の眼鏡については、医療機関等が発行した診断書等の原本又は写し、保険者が発行した支給決定通知の原本を添付してください。

７　医療費が高額の場合、保険者からの支給内容を確認してからこども医療費の支給額を決定しますので、支給までに日数を要します。また、保険者によつては、追加で書類のご提出をお願いする場合があります。