

子ども医療費支給申請書 記入例

要綱第4号様式（規則第7条関係）

子ども医療費支給申請書

(宛先) 京都市長	R5年 9月 1日
申請者（窓口に来られた方）の住所 京都市 中京区 烏丸通御池下る虎屋町566-1 (電話) 075-251-1123 (携帯) 090-1234-XXXX	申請者（窓口に来られた方）の氏名 京都 木部 子どもの続柄 (父)

○郵送による申請の場合は、受給者（保護者）の氏名・住所等を記入してください。
○来所による申請の場合は、提出する方の氏名・住所等を記入してください。

京都市子ども医療費支給条例第5条の規定による医療費の支給を申請します。

受給者（保護者）	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話	-
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	受給者番号（受給者証）	3 0 1 2 3 4 5

○受給者番号は、受給者証（白色）に記載されている内容を記入してください。
○加入医療保険の保険者番号等は、健康保険証に記載されている内容を記入してください。
○郵送による申請の場合は、受給者証及び健康保険証のコピーを添付してください。
○来所による申請の場合は、受給者証及び健康保険証の原本を窓口で提示してください。
○必ずお子様ごとに1枚ずつ申請書を記入してください。

子ども	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成22年 5月 1日
	氏名	京都 花子		

子どもの加入医療保険	証記号・番号	1234 56	保険者番号	0 6 0 0 0 0 0 0
	<input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり			

高額療養費付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容）
------------	---

※ 国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。

○「付加給付等」欄については、医療保険の規定による付加給付や、他の公費による医療費の負担（下記参照）がある場合は、「有」にチェックし、内容を記入してください。また、付加給付等の給付を受けている場合は、支給決定通知等もあわせて添付してください。
(1) 国又は地方公共団体の負担による医療の給付
自立支援医療（育成医療・精神通院医療）、小児慢性特定疾病医療費制度など
(2) 独立行政法人の負担による医療の給付
スポーツ災害共済給付など

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院外で支払った保険診療分の自己負担額が1か月の上限額（※）を超えた。 ※2023年(令和5年) 9月診療分から：1か月上限額1,500円（対象者は中学校1年生～中学校3年生） ※2019年(令和元年) 9月診療分から2023年(令和5年) 8月診療分まで：1か月上限額1,500円（対象者は3歳～中学校3年生） ※2019年(令和元年) 8月診療分まで：1か月上限額5,000円（対象者は3歳～中学校3年生） <input type="checkbox"/> 子ども医療費支給制度を取り扱わない医療機関等を受診した。（府外受診等） <input type="checkbox"/> 受給者証を医療機関等の窓口で提示できず、医療費を支払った。 <input type="checkbox"/> 健康保険で療養費の支給を受けた。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	--

○医療保険の対象とならない費用や医療機関等窓口での10円未満の四捨五入等により、支給額が実際にお支払いされた金額より少なくなる場合があります。

受診先（医療機関等）	別添の領収書等の記載のとおり
------------	----------------

申請額	別添の領収書等の領収金額（健康保険適用分）から一部負担金等を差し引いた金額
-----	---------------------------------------

○提出する添付書類にチェックし、受領証・領収書（原本）については、必ず枚数を御確認のうえ、合計枚数も記入してください。
○領収書等の原本の返却を希望される場合は、「領収書の返却を希望します。」欄にチェックしてください。後日、支給決定通知書に同封して返却いたします。

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 受領証・領収書（ 2 枚） <input type="checkbox"/> 療養費支給証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 領収書の返却を希望します。

受領方法	次の口座への振込による受領を希望します。											
	振込先金融機関	金融機関名			金融機関コード				支店名		支店コード	
		〇〇〇〇 銀行 〇〇〇〇 支店			1	2	3	4	〇〇〇〇	支店	5	6
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄			口座名義人（カタカナ）							
口座番号（右詰）	1	2	3	4	5	6	7	キョウト タロウ				

○振込先金融機関の名称、支店名、預金種目、口座番号、口座名義人を記入してください。（金融機関コードについては空白でも構いません。支店コード（3桁）は記入してください。）
※口座番号等の記入誤りを防ぐため、キャッシュカードや預貯金通帳等の写しを添付してください。（来所による申請の場合は、受付時に提示してください。）

私(委任者)は受任者に上記の医療費に係る（□申請書の提出、□医療費の受領）を委任し、代理権を授与します。										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○申請書の提出や医療費の受領は原則として、受給者（保護者）になります。委任する場合、委任状欄への記載又は別途委任状により、代理権が授与されていることを証する書類が必要となります。
○委任状欄又は委任状には、委任者（受給者又は保護者）及び受任者の住所・氏名・署名、委任内容、委任日の記載が必要です。
※申請書提出時に本人確認の書類を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。

委任者	住所	電話				受給者との続柄				
	氏名（署名）	生年月日	年	月	日					
受任者	住所	委任日				年 月 日				
	氏名（署名）									

注1 必要事項及び該当する□にレ印を記入してください。
2 「申請額」欄について、医療保険の対象外となる治療や医療機関等窓口での10円未満の四捨五入、社会保険各法の規定による高額療養費の支給等により、支給額がお支払いされた金額より少なくなることがあります。
3 領収書の返却を希望された方には、領収書は「子ども医療費支給決定通知書」に同封してお返しします。

【注】受診された月で自己負担上限額が異なりますので、申請の際は今一度ご確認くださいませようよろしくお願いします。なお、償還払いの申請期限は診療日の翌日（中学生外来は診療月の翌月）から5年以内となります。
○受診された月
令和元年8月まで・・・3,000円（対象者は3歳～中学校3年生）
令和元年9月から令和5年8月まで・・・1,500円（対象者は3歳～中学校3年生）
令和5年9月以降・・・1,500円（対象者は中学校1年生～中学校3年生）

※ 医療保険（健康保険）の療養費や高額療養費等の支給を受けることができる場合は、先にその給付を受けてから子ども医療費の支給申請をしてください。既に給付を受けている場合は、申請時に支給決定通知等もあわせて添付してください。
子ども医療費の支給後に、医療保険の高額療養費等の支給を受けたときは、支給された医療費の全部又は一部を返還していただく必要がありますので必ず子ども家庭支援課分室までご連絡ください。