

子ども医療費支給申請書の記入例

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		元 年 10 月 1 日	
申請者（窓口に来られた方）の住所 京都市中京区寺町御池上る上本能寺前町488番地 (電話) 075-251-1123 (携帯) 080-1234-xxxx		申請者（窓口に来られた方）の氏名 京都 太郎 子どもの続柄 (父)	
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 3 0 1 2 3 4 5
子ども	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏名	京都 花子	生年月日 令和 元年 9月 1日
子どもの加入 医療保険	証記号・番号	1 2 3 4 5 6	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		
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。		
申請理由	<input checked="" 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（ ）		
受診先 (医療機関等)	名称		所在地
	診療区分	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）	入院・外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	受診期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 箇月）	受診日数 日
<input checked="" type="checkbox"/> 別添の領収書等の記載のとおり			
申請額	円 <input type="checkbox"/> 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		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 受領証・領収書（ 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 〇〇〇〇 <small>銀行 金庫 農協</small>	金融機関コード 1 2 3 4
	支店名	支店 〇〇〇〇	支店コード 5 6 7
	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) キョウト タロウ
口座番号 (右語)	9 8 7 6 5 4 3		
委任状	私(委任者)は受任者に上記の医療費に係る（ <input type="checkbox"/> 申請書の提出、 <input type="checkbox"/> 医療費の受領）を委任し、代理権を授与します。		
	受任者住所	電話 -	受給者との続柄
	氏名	@	生年月日 年 月 日
	委任者住所		
氏名	@	委任日 年 月 日	

- 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。
- 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、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、健康保険証の原本を窓口で提示してください。
- 「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。
 - 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
 - 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
- 「名称」は今回、申請する医療費に係る医療を受診した医療機関等の名称を記入してください。複数月もしくは複数の医療機関等を受診した医療費の支給申請をする場合は、1か月ごとかつ、それぞれの医療機関ごとに申請書の記入が必要です。
- 「診療区分」及び「入院・外来の別」は該当する項目にチェックしてください。
- 「受診期間」及び「受診日数」は、今回、申請する医療費に係る医療を受診した期間等を記入してください。
- 「名称」等の記載省略する場合、「別添の領収書等の記載のとおり」にチェックしてください。
- 今回、申請する子ども医療費の金額を記入してください。(支払額から一部負担金200円を差し引いた金額になります。※ただし、療養費や付加給付等の支給を受けている場合を除く)○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された金額より少なくなる場合があります。
- 提出する添付書類にチェックし、受領証・領収書については、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。
- 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。)
- 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・押印(スタンプ印不可)、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める場合がありますので、ご協力をお願いします。

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も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。

※ 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、先にも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。