

○医療費の給付は医療費を医療機関に支払った日の翌日から5年を経過すると時効となります。

○小中学校等で加入している日本スポーツ振興センターの「災害共済給付」も医療費の対象とはなりません。

○診療を受けた翌月以降に、医療機関ごと、月ごと、入院・通院ごと  
様式第4号（第6条関係）

# 記入例

処	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	
理	円	円	円	
欄	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(入院90日超)	
	円×日=円	円×日=円	円×日=円	円

## 子ども医療費支給申請書

令和 ○年 ○月○○日

吉見町長 様

住所 吉見町大字下細谷411番地

氏名 吉見 太郎

電話 0493-54-1511

下記のとおり医療費を申請します。

対象の子ども	受給資格証番号	0 1 2 3 4 5 6	加入医療保険	世帯主・被保険者組合員の氏名	吉見 太郎
	ふりがな氏名	よしみ はなこ 吉見 花子		市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	平成・令和 ○年 ○月 ○日		記号・番号	1234・567890
				名称	吉見町国民健康保険組合

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

入院 日 外来 日

この欄に、領収書が発行されない場合などは医療機関等で証明を受けてください。

領収書は、お子さん、診療月、医療機関（診療科）、入院及び通院ごとにそれぞれまとめて（分けて）、申請書とともに診療月の翌月以降に提出してください。

領収書を添付する場合は、申請書にのりやテープで領収書を貼らないでください。

領収書に、お子さんの氏名、医療機関名、診療年月日、保険点数または総医療費、保険診療一部負担金、発行年月日が記載されているか確認してください。

高額療養費（負担金が21,000円以上の場合）や附加給付の対象となる場合は、健康保険組合からの支払証明書（不支給決定通知書等を含む）の写しが必要になります。

(注) 1 上部領収書欄は、医療機関で記入してください。

2 点数で記入できない場合は、保険診療総点数欄に10割分の金額で記入し、点を円に訂正してください。