

申請者記入欄

(☐重度心身障害児等 ☐ひとり親家庭等 ☐子ども) 医療費交付申請書

年 月 日

(宛先) 所 沢 市 長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

下記のとおりに申請します。本申請に係る医療費助成金は、登録を行った口座に振り込むよう依頼します。
なお、市が健康保険組合等に診療報酬及び療養費等の給付状況等を確認することを承諾します。

受給者証番号 (左詰め)										加入医療保険	記号番号	記号	番号			
対象者	(フリガナ)氏 名								加入医療保険	保 險 者 番 号						
	生年月日	3 大 4 昭 5 平 6 令								保 險 者 称	全国健康保険協会.....支部・国民健康保険 後期高齢・健康保険組合・共済組合・国保組合					

学校、幼稚園及び保育園の管理下（通学・通園中を含む。）でのケガや疾病である。

はい・いいえ

申請額が 21,000 円以上の場合

① この申請分の他に、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る。（「はい」の場合は②へ）

はい・いいえ

② ①の家族の健康保険組合等は、上記「加入医療保険」と同じである。

はい・いいえ

医療機関記入欄

対象者氏名 _____ 様

医療機関コード _____

埼玉県 _____ 市 _____ 区 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____

診療月 6 令和 年 月 分

診療科目

1 入院 日間 2 外来

1 内 科 3 小 児 科 6 歯 科 11 補 装 具 13 はりきゅう 16 柔 道 18 訪問看護 10 その他 (調剤含む)

保険診療総点 _____ 点

他法負担分点数 _____ 点

一部負担金 _____ 円

入院時食事生活療養標準負担額 _____ 円

※食費のみ記入

※療養病床の場合区分（該当に○）
1 医療区分Ⅰ
2 医療区分Ⅱ・Ⅲ
難病（有・無）
居住費（ ）日分

一般（課税）（一般・現役並み） _____ 円×
非課税（低Ⅱ） _____ 円×
非課税長期該当（低Ⅰ・低Ⅱ91日～） _____ 円×
生活療養食費 _____ 円×

医療機関等 _____ 年 月 日

所在地 _____

名 称 _____

氏 名 _____ (印)

処理欄

診療区分	1 医 科	2 歯 科	3 調 剤	4 その他	証明区分	21 証 明	22 レシート	31 手数料	公費区分	41 特 定	42 養育・更生	43 療 育	44 育 成	45 精 神	49 その他				
総 点 数		負担割合		一部負担金 (A)		入院時食事療養標準負担金		計 (B)											
_____ × 10 円 × _____ / 10 = _____		(A) + _____ = _____ 円																	
現物 G		公費 K		高額療養費		附加給付金													
(B) - _____ - _____ - (_____ + _____) = 医療費助成額 _____ 円																			