

# 子ども医療費助成申請書

年 月 日

(宛先) 上越市長

申請者 住 所 上越市

氏 名 (署名または記名押印)

電話番号 ( )

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受 給 者	受給者番号		子ども	氏 名	
	カ ナ			生年月日	年 月 日
	受給者氏名 (口座名義人)		加入 医療 保 険	被保険者氏名	
	振込指定 金融機関	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所		保険者名	上越市 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 支部
	口座番号	普通		記号・番号	

- 注 1 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。  
2 // 医療機関ごとに1枚必要です。

他法負担額		一部負担金		決定額	
-------	--	-------	--	-----	--

※領収書及び明細書を添付できない場合は、以下に医療機関等から記入してもらうこと。

( 年 月診療分)

		保険診療点数	負担額(※)
外 来 ・ 調 剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合 計	点	円
入 院	入 院 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入 院 日 数	入院中の保険診療点数	負担額(※)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪 問 看 護	利 用 日 数	保険適用療養費の額	負担額(※)
	日		円
他法負担の有無		障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その他 ( )	

様(受給者氏名)

上記の負担額を領収しました。

年 月 日

所在地  
医療機関等 名 称  
氏 名

(署名または記名押印)

(※) 負担額の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。

## 注 意 事 項

### 1 助成額の計算方法

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに530円（その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額）

イ 入院の場合は入院した1日につき1,200円で計算した額。

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額。

※平成30年9月診療分から未就学児を対象に一部負担金が無料となっています。

(2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1枚
(2) 外来と入院の場合	2枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3枚

3 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。