

保護者登録されている方
(=父母のうち、所得の多い方)の氏名等をご記入ください。

**この用紙は機械で処理しますので、
枠内にはっきりと記入してください。**

小児医療費支給申請書

(申請先)
横浜市 区長
申請者
(対象小児の保護者)

令和 1年 5月 7日

郵便番号 244-0003

住所 横浜市戸塚区戸塚町16-17

氏名 戸塚 一郎

電話 090 (0000) 0000

申請者の配偶者
同意欄
(医療証を提示する場合は不要です)

医療費支給に関する所得基準判断のため、私の市民税・県民税の課税内容について調査することに同意します。

朱肉を使う印鑑で押印してください(スタンプ印不可)。

次のとおり医療費の支給を受けたいので領収書等を添えて申請します。また医療費支給に関する所得基準判断のため、私(保護者)の市民税・県民税の課税内容について調査することに同意します。

受給者番号	00000000	被保険者記号	40	番号	00000000
(フリガナ)	ツツカ タロウ	加入保険	被保険者氏名	戸塚 一郎	
対象小児氏名	戸塚 太郎	被保険者番号	144139		
生年月日	平成 1年 5月 1日	被保険者名称	横浜市国民健康保険		

金融機関コード一例
みずほ銀行：0001
三菱UFJ銀行：0005
三井住友銀行：0009
横浜銀行：0138
ゆうちょ銀行：9900

お子様の医療証・健康保険証の内容を記入してください。
加入保険の被保険者氏名は、国民健康保険=世帯主、社会保険=お勤めしている方となります。

振込先

金融機関及び番号 0000

銀行番号 ☆☆☆☆

店舗名 △△△△

本・支店番号 □□□

口座種目 1 普通

口座番号(右詰め6桁又は7桁) ××××××

口座名義人(カタカナ) ツツカ ハナコ

(口座名義人は、カタカナで記入し、姓と名の間は一字あけてください。漢字表記は不要です。) ※濁点(・)や半濁点(゜)は一字分とします。

委任状

私は、次の者に医療費の受領に関する一切の権限を委任します。(申請者の口座に振込む時は不要です。)

住所 同上

受任者(口座名義人) 氏名 戸塚 花子

委任者(申請者) 氏名 戸塚 一郎

※	保険総点数	点	× 10 × 0. =	円	年度	年度
※	自己負担額①	円	医療費対象			
※	高額療養費②	円	一部負担			
※	保険給付金③	円	総支給			
理	課長	係長	係員	決裁		
欄	令和	年	月	日	起案	受
	令和	年	月	日	決裁	付
	備考				市国保・市国保以外	
					乳児・幼児・児童	

申請者以外の口座に振込みを希望する場合は、委任状欄に記入・押印(要朱肉印。スタンプ印不可)が必要となります。

(注意) ※の欄は記入しないでください。

小児医療費支給申請入力票

申請者

郵便番号	28	31	21	5	22	24	26	17
住所	35							
氏名	85							
電話	135							
	175 ()							

受給者番号	191	被保険者番号	198									
対象小児氏名	206											
生年月日	254	4	5									
入外区分	261	1	2									
給付事由	262 1 2 3 4 5											
診療期間	263	4	264	266	268	日から	270	4	271	273	275	日まで
診療実日数	277			日								
申請金額 (支払った一部負担金)	右詰め			283	円							
窓口払 (1を記入)	290											

口座種目	298	1	2	口座番号 (右詰め6桁又は7桁)	299	店舗コード	295
口座名義人 (カタカナ)	306						

保険総点数	327	点
自己負担額①	334	円
高額療養費②	341	円
保険給付金③	348	円
医療費対象額 (①-②-③)	355	円
一部負担金	362	円
総支給金額	369	円

377	1	.	2		
378	1	.	2	.	3

1 : 市国保 2 : 市国保以外
1 : 乳児 2 : 幼児 3 : 児童