

申請者をご両親のうち所得の高い方となります。
↓ 不明な場合は区役所保険年金課にご確認ください。

小児医療費支給申請書

(申請先)
横浜市長

申請者
(対象小児の保護者)

令和	記	年	入	日	月	日										
郵便番号	2	4	1	-	0	0	2	2								
住所	旭区鶴ヶ峰1-4-12															
氏名	旭 あきら															
電話	0	9	0	(1	2	3	4)	5	6	7	8	父	母	その他	()

申請者の配偶者
同意欄
(医療証を提示する
場合は不要)

医療費支給に関する所得判断基準のため、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。

氏名 H31年3月以前の中学生のお子様の
入院分の申請をする場合、記入します。

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、保険給付金について加入保険者へ照会すること、並びに、申請診療分について医療機関に照会すること及びその内容に基づき支給額が減額されることがあることに同意します。

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	加	被保険者記号	1	0	番	号	2	3	4	6
(フリガナ)	アサヒ イチロウ							入	被保険者氏名	旭 あきら							
対象小児氏名	旭 一郎							保	保険者番号	0	6	1	2	3	4	5	6
生年月日	平成	0	3	年	0	1	月	2	3	日	險	保険者名称	旭健康保険組合				

入外区分	1	入院	2	入院外													
給付事由	1	医科	2	歯科	3	調剤	4	柔整	5	その他							
診療期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日まで		
診療実日数				日													
申請金額 (支払った一部負担金											右詰め)						円

振込先	金融機関及び番号	横浜	銀行	金融機関コード	店舗名及び番号	鶴ヶ峰	本支店出張所	支店コード	3	3	3	
	口座種目	1	普通	2	当座	口座番号 (右詰め6桁又は7桁)	1	2	3	4	5	6
	口座名義人 (カタカナ)	アサヒ アキラ										

※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。

※申請者以外の口座へ振り込む場合は、委任者(申請者)の押印が必要です。

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。(申請者の口座に振り込むときは不要です。)

委任状	受任者(口座名義人) 住所	この委任状欄は、申請者以外の口座を指定する場合に記入が必要です。また、委任者(申請者)の印鑑(シャチハタ不可)が必要となります。 → 印
-----	---------------	--

※	保険点数		点	×	10	×	0.	=	円
処	自己負担額①		円	医療費対象額(①-②-③)					円
	高額療養費②		円	一部負担金					円
	保険給付金③		円	総支給金額					円

備考欄	療養費の場合 10割負担の費用 - 保険該当分 = 総支給額	当月受診	有	無	受付
	・保険証を使わず10割負担された場合は、先に療養費の申請が必要となります。	高額療養費	有	無	
	・高額療養費、家族療養付加金が出る場合は、先に支給を受けてからの申請になります。	保険給付金(附加金)	有	無	
	・お問い合わせ先 旭区保険年金課 954-6135	市国保	市国保以外		
		乳児	幼児	児童	

※処理欄には記入しないでください。

小児医療費支給申請入力票

		17			
		21	22	24	26
		5		記入日	
郵便番号	28	29	30	31	32
	2	4	1	0	0 2 2
申請者住所	旭区鶴ヶ峰1-4-12				
氏名	旭 あきら				
電話	175	090 (1234) 5678 父・母・その他 ()			

受給者番号	191	1	2	3	4	5	6	7	被保険者番号	198	2	3	4	6
-------	-----	---	---	---	---	---	---	---	--------	-----	---	---	---	---

対象小児氏名	206	旭 一郎					保険者番号	246	0	6	1	2	3	4	5	6
--------	-----	------	--	--	--	--	-------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---

生年月日	254	4	0	3	0	1	2	3
------	-----	---	---	---	---	---	---	---

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)	283					円
------------------	-----	--	--	--	--	---

窓口払 (1を記入)	290
------------	-----

291 記入不要

店舗コード	295	3	3	3
-------	-----	---	---	---

口座種目	298	1	2	口座番号 (右詰め6桁又は7桁)	299	1	2	3	4	5	6	7
------	-----	---	---	------------------	-----	---	---	---	---	---	---	---

口座名義人 (カタカナ)	306	ア	サ	ヒ	ア	キ	ラ
--------------	-----	---	---	---	---	---	---

保険点数	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