

子ども医療費助成（償還払い）記入例

子ども医療費助成金給付申請書

(宛先) 佐 倉

【保護者】

給付金の受取人となるかた
※振込口座の名義人

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

保護者（申請者）

住 所

佐倉市海隣寺町97番地

氏 名

佐倉 大樹

電 話

043-484-1111

子どもとの続柄 (父)

子ども医療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ	サクラ ミチヒロ		生年月日									
子ども氏名	佐倉 満開		平成 令和	30 年 4 月 1 日								
住 所	1 保護者と同じ 2 その他	【付加給付】 加入している健康保険組合等に、独自で行う医療費助成制度がある場合は「2 あり」に○をつけてください。 付加給付がある場合は、その額を差し引いた分が助成対象となります。										
付加給付	1 なし 2 あり 自己負担限度額											
申請者の 振込先	金融機関名		支店名等		口座 種別	口座番号（7ケタ）						
	番号		番号		普 通	1	2	3	4	5	6	7
	名称	佐倉 銀行 信用金庫 農協	名称	海隣寺 本店 支店 出張所								
	口座名義 (カタカナ)		カタカナで記入してください。 サクラ ヒロキ									

【申請者の振込先】
給付金は、金融機関への振込み
となります。
※振込口座は、申請者名義の
口座に限ります。

申請に関する確認事項

確認内容に相違ない場合は、確認欄に「○」を記入してください。

確認内容		確認欄
領収書	受診年月日、医療機関名、受診者名、保険点数の記載がある。 → 診療が特定できない場合や保険適用金額が不明の場合は助成できません。	○
	自己負担の割合が20%または30%になっている。 → 100%の場合は先に健康保険組合等で自己負担額の精算が必要です。	○
他制度 利用	【高額療養費】 保険診療費の自己負担額が2万1千円以上ではない。 かつ受給者の家族も同月中に2万1千円以上となる支払 → 高額療養費が支給される場合は、その給付決定通知 【その他の医療費助成制度】 併用している医療費助成制度はない。 → 育成医療、小児慢性特定疾病医療支援事業等、他の制度を利用している 場合はその医療券の写しが必要です。	○
	月額 上限	1か月分すべての領収書（受給券を使用したものを含む）がそろっている。 → 月額上限（同一医療機関において、同月入院11日以降、通院6回以降 は無料）の適用を受ける場合は、1か月分す

【申請に関する確認事項】
申請書を提出する前に、確認
をお願いします。
相違ない場合は、「確認欄」
に「○」を記入してください。【健康保険の加入状況】
お子さんが加入している健康保険の
種類と被保険者名を記入してください。
※資格確認書等の写しを添付する場合
は記入不要です。

資格確認書等の写しを添付できない場合は、以下の保険情報

【健康保険の種類】 ☐ 国保 ☒ 社保 ☐ 共済 ☐ 国

【被 保 険 者 名】 佐倉 大樹 (続柄: 父)