

第3号様式(第10条)

(表)

太枠の中は申請者が記入してください。

※診療月・病院・診療科・入院・外来別に1枚作成し、領収書等を添付してください。

児童医療費助成申請書				
平成 年 月 日				
横芝光町長 様		住所 横芝光町		
		氏名 <span style="float: right;">㊟</span>		
		電話 ( )		
次のとおり医療費等の給付を申請します。				
フリガナ			生年月日	年 月 日
児童氏名			所属学校	学校
加入医療保険	被保険者、組合員 又は世帯主の氏名	保険者番号		
		記号	番号	
他制度適用	あり ・ なし	※学校の災害共済給付を受けられる場合は助成対象外です。 ※ありの場合は、次のいずれかに○印を付けてください。 (重度医療費・ひとり親医療費・その他 )		

※領収書等に受診者氏名及び保険点数等の記載がない場合は、保険医療機関等で下記に証明を受けてから、領収書等を添付して提出してください。

保険医療機関・保険薬局証明欄

診療・調剤報酬証明書 (入院・通院・調剤) ※該当欄に○印を付けてください。			
診療・調剤月	年 月	公費負担額	有( 円) ・ 無
保険総点数	入院 点	外来 点	調剤 点
入院延日数	日	入院時食事療養費	円
証明手数料	円	の標準負担額	( 円× 食)
保険医療機関又は保険薬局の名称・氏名・所在地	上記のとおり証明します。  (取扱者印 )		

町窓口記入欄

自己負担額A		付加給付額等B		証明手数料C	助成交付額E(A-B+C)	
医 円	計 円	有 円	無	円	円	
食 円						
薬 円						
確認者印						

(裏)

## ～保険医療機関・保険薬局の方へ～

### 【保険医療機関・保険薬局証明欄への記載について】

受診者氏名及び一部負担金等に係る診療報酬の点数や保険診療部分に係る患者負担金額が記載されている領収書を発行している場合は証明不要です。

なお、上記の領収書を発行していない場合は、この申請書にレセプト単位で保険点数等の証明をしてください。

## ～助成対象児童の保護者の方へ～

### 【申請までの順序】

#### ◎領収書に受診者氏名及び保険点数等の記載がある場合

- 1 保険証で受診し、医療機関等の窓口で請求された額を支払い、領収書を受け取ってください。
- 2 診療月・病院・診療科・入院・外来別に1枚この申請書を作成し、領収書を添付して、診療のあった月の翌月以降に横芝光町役場福祉課窓口（以下「町の窓口」という。）に提出してください。なお、医療費を支払った日の翌日から起算して2年を経過すると申請ができなくなりますので、ご注意ください。

#### ◎領収書等に受診者氏名及び保険点数等の記載がない場合（レシート等の場合）

- 1 医療機関等で各月においてはじめて受診するとき、保険証と一緒にこの申請書を医療機関等の窓口で提示してください。
- 2 保険証で受診し、医療機関等の窓口で請求された額を支払い、領収書等を受け取ってください。
- 3 翌月の10日過ぎに、この申請書を医療機関等に提示し、前月1箇月分の医療にかかった額の証明を受けてください。なお、証明手数料を徴収される場合がありますが、この申請書作成のための証明手数料は助成対象です。
- 4 この申請書に医療機関等で証明した診療月分の領収書等を添付して、町の窓口で提出してください。なお、医療費を支払った日の翌日から起算して2年を経過すると申請ができなくなりますので、ご注意ください。

### 【お願い】

- ※ 氏名・住所・振込口座・加入保険に変更があった場合は、この申請書を提出する際に、児童医療費受給資格内容等変更（消滅）届を町の窓口で提出してください。
- ※ 受給の資格がなくなったときは、速やかに町の窓口へ届け出てください。
- ※ 交通事故など第三者の行為によって、生じた病気やけがで診療を受けるときは、速やかにその旨を町の窓口へ届け出てください。
- ※ この助成を受ける権利は、他に譲渡し、又は担保に供してはなりません。
- ※ 偽りその他不正な行為により助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還していただきます。
- ※ 町税・保育料・給食費等に滞納があると、別途相談させていただくことがあります。