

（表）

子ども医療費助成申請書				年 月 日
（宛先）三条市教育委員会		〒 _____		
申請者（受給者）住所		_____		
氏名		_____		
次のとおり金 円の医療費の助成を申請します。				
受給者証番号		保 険 者 名		
受給者氏名 （保護者）		記号・番号		
受療者氏名 （子ども）		被保険者氏名		
振込指定機関	銀行名	口座番号	ふりがな	
	支店名		氏名	
※	他法負担額	一部負担額	決定額	

- （注） 1 ※印欄は記入しないでください。  
 2 助成申請額の算定方法等は、裏面を参照してください。

（診療月 年 月分） 領収書		
外 来	初 回 受 診 日 ( / ) の保険診療点数	点
	2 回 目 受 診 日 ( / ) の保険診療点数	点
	3 回 目 受 診 日 ( / ) の保険診療点数	点
	4 回 目 受 診 日 ( / ) の保険診療点数	点
	5 回 目 以 降 受 診 日 の保険診療点数	点
当月分点数		点
入 院	入 退 院 年 月 日 . . ~ . .	当月分点数 点
	再 入 退 院 年 月 日 . . ~ . .	
訪 問 看 護	利 用 日 数 日	当月分療養費 円
他 法 負 担 の 有 無	障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業・	公費分点数 点
	母 子 保 健 法 ・ 児 童 福 祉 法 ・ そ の 他	患者負担額 点
	( )	(公費分) 円
上記のとおり領収しました。 年 月 日		
所在地 医療機関等 名 称 氏 名		(印)
様		

（注）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（領収書）が必要です。

(裏)

注意事項

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額、付加給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

- (1) 外来の場合は同一の保険医療機関等につき月の初回から4回目まで当該受診日ごとに  
円(その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額)を控除した額が申請額となります。
- (2) 入院の場合は入院した1日につき 円を控除した額が申請額となります。
- (3) 訪問看護の場合は利用した1日につき 円を控除した額が申請額となります。

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。

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、三条市 までお尋ねください。  
(電話番号 内線 )