

申請書は**1枚が1か月分**です
また、入院と入院外も申請書を分けてください

10割で負担した場合や補装具の申請の場合は、別途資料が必要です（HPをご確認ください）

※複数月にまたがって入院している場合も1か月分ごとに区切ってください

医療証の記載の受給者番号を記載

病院を受診したお子様について氏名・氏名ふりがな・生年月日・年齢を記載

受診の内容について記載
詳細は次のページをご確認ください

医療証の申請者名義の口座を記載

第1号様式（第6条、第7条関係）

子ども医療助成費申請書（兼請求書）

次のとおり、秦野市子ども医療費の助成に関する条例による医療費の助成を申請（請求）します。

(宛先)
秦野市長

申請（請求）年月日 令和〇・〇・△

住所 秦野市 桜町1-3-2

ふりがな

電話 0463 - 82 - 9607

氏名 秦野 太郎

受付年月日	. . .												
受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	個人番号					
ふりがな	はたの じろう						ふりがな	(続柄)					
子どもの氏名	秦野 次郎						被保険者名	(続柄)					
生年月日	令和5・1・1 (歳)						保険の種類	1 国保	2 組合	3 協会	4 日雇	5 船員	6 共済
入院区分	1 入院 ② 入院外						記号番号	-					
診療等を 受けた期間	令和〇年△月□日から 令和〇年△月□日まで						保険者番号						
申請(請求) の種類	① 医科 ② 歯科 ③ 調剤 ④ 看護 ⑤ 補装具 ⑥ その他						保険者名						
病院等名称	〇〇病院						保険者の 所在地						
医療申請(請求)額	1,000 円						申請者が加入している年金の番号に〇印をつけてください。 ① 厚生年金保険 ④ 地方公務員等共済組合 ② 私立学校教職員共済 ⑤ 国民年金 ③ 国家公務員共済組合 ⑥ その他(未加入等)						
病院等名称	△△薬局												
助成申請(請求)額	500 円						申請の理由 ① 医療証の提示ができなかった ② 県外受診						
病院等名称													
助成申請(請求)額							生活保護の受給状況 有・無						
助成申請(請求)額	1,500 円												
振込先	××銀行						重度障害者医療費給付事業の該当 有・無 ひとり親家庭等医療費助成事業の該当 有・無						
金融機関名	+	0	0	0	×××	支店							
口座番号	0	1	2	3	4	5	6						
口座名義人 (カタカナ)	ハダノ タロウ												

医療証の申請者について記載
※医療証の申請者は、基本的に父母等のうち所得の高い方です

記入は不要です
お子様の加入している健康保険情報がわかるものを添付してください
・資格確認書
・健康保険加入通知書
・マイナポータルから取得した健康保険情報
※健康保険証でも可

医療証の申請者が加入している年金を選択

該当する内容を選択

入院

同月中の入院期間

※複数月にまたがって入院している場合もひと月ごとに申請書が必要です

外来

同月中の最初の受診日から
同月中の最後の受診日

受診した病院名と請求額を記載

※保険診療分の自己負担分のみの助成のため、自費診療分は対象となりません

※同月に、同じ病院等に複数回受診している場合は合算した金額を記載してください

入院区分	1 入院 ② 入院外
診療等を 受けた期間	令和○ 年 △ 月 □ 日 から 令和○ 年 △ 月 □ 日 まで
申請(請求) の種類	① 医科 2 歯科 ③ 調剤 4 看護 5 補装具 6 その他
病院等名称	○○病院
助成申請(請求)額	1,000 円
病院等名称	△△薬局
助成申請(請求)額	500 円
病院等名称	
助成申請(請求)額	円
助成申請(請求) 額合計	1,500 円

入院か入院外（入院以外）を選択
※薬局についても入院外になります

受診した科を選択
医科：歯科以外の科
歯科：歯科
調剤：薬局等
看護：訪問看護等
補装具：眼鏡や義足等
その他：その他

上記の請求額を合算して記載