

| | | | | | |
|----|----|----|----|-----|-----|
| 医科 | 歯科 | 調剤 | 接骨 | 療養費 | その他 |
| 1 | 3 | 4 | 7 | 8 | 9 |

子 ど も
 障 害 者
 ひ と り 親 家 庭 等

医療費支給申請書

(宛先) 高松市長 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------|--|--|--|--------------|--------------|--|--|--------|--|--|-----|--|--|
| 受給者 | 住 所 | 高松市 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | 昭和 平成 令和 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | |
| | 医 療 証 号 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
| | (個人番号)※ | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険 | 保険者番号 | | | | 記 号 | | | | 番 号 | | | 枝 番 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 (国保の場合は世帯主) | 住 所 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ 高松市 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ 昭和 平成 令和 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 (保護者・介護者) | 住 所 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ 高松市 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ | | | | | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行 農 協 金庫 組合 | | | | 店 所 出 張 所 | | | | (フリガナ) | | | | | |
| | 預金種別 口座番号 | 普 通 | | | | 口 座 名 義 人 | | | | | | | | |

次のとおり一部負担額を支払いましたので、一部負担額に係る **子 ど も 障 害 者 医療費(入院時の食事療
 養及び生活療養に係る標準負担額を除く。)**の助成を、高松市医療費助成条例施行規則第9条第2項の規定に
 より申請します。また、医療保険各法に定める高額療養費又は高額介護合算療養費に該当した場合には、公
 募等により私及び私と医療保険の保険者番号、記号及び番号が同一の者の市民税・県民税の課税内容及び
 医療保険の被保険者等の資格に関する情報について調査することに同意します。

(医療機関等記入欄)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----|---|---|--|---|-------|--|---------------------------|--|---|--|--|
| 診療報酬による一部負担額 | | | | | | | | | | 使用した医療保険に○印をして してください。 | | | | |
| (令和 年 月分) | | | | | | | | | | 社 保 国 保 本 人 家 族 | | | | |
| 区 分 | | | 入 院 | | | | 1 | 入 院 外 | | | | 2 | | |
| 総 診 療 報 酬 点 数 ① | | | | | | | 点 | | | | | 点 | | |
| 他 法 負 担 点 数 ② | | | | | | | 点 | | | | | 点 | | |
| 区 一 部 負 担 金 (本 人 負 担 額) ③ | | | | | | | 円 | | | | | 円 | | |
| 分 入 院 の 開 始 年 月 日 | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| 本 月 の 入 院 日 数 | | | | | | | 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 医療機関等の所在地 及び名称・開設者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |

※受給者の個人番号については、原則記入を求めません。
 医療保険資格情報について別途確認の必要がある方についてのみ提供を求めます。

| | | | | | |
|---------------|---|--|---|--|--|
| 添付書類 チェック欄 | <input type="checkbox"/> 医療保険限度額 適用認定証 (持っている方のみ) | <input type="checkbox"/> 高額療養費支給 決定通知書 (該当者のみ) | <input type="checkbox"/> 付加給付 決定通知書 (該当者のみ) | <input type="checkbox"/> 診療月当時の健康保険証、 資格確認書、資格情報のお知らせ (旧小児医療のみ) ※コピーを添付 | 確認事項 <input type="checkbox"/> 保育施設や 学校管理下での ケガではない。 |
|---------------|---|--|---|--|--|

◎申請書は診療月の翌月から5年以内に提出してください。