

子ども
 ひとり親家庭等

医療費支給申請書（請求書）



受付者

申請日 年 月 日 福山市長 様 次のとおり申請します。
療養費・高額療養費及び付加給付金の支給額調査に同意します。

（保護者） 申請者	フリガナ		住所	福山市				
	名前			電話番号	(父・母) - -			
	生年月日	年 月 日	受給者番号	資格期間				
受診者	フリガナ		名前	年 月 日から				
	生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日まで				
	保険情報	(記号・番号)	(枝番)	(被保険者)	(保険者番号)			
振込先 (※1)	(コード:)	(コード:)	普通預金	<input type="checkbox"/> 座番号				
	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店 支所 出張所		<input type="checkbox"/> 座名義	※カタカナで記入			

★受付する際に、必ず確認してください★ 《本人確認書類》
運転免許証 マイナンバーカード パスポート
顔写真付本人確認書類 その他 ()

国保に療養費や高額療養費を申請中 ⇒ 国保の支給額決定後の振込となることを説明してください。(※2)

0歳児の誕生月	① 母と子の加入している健康保険が ⇒ <input type="checkbox"/> 同じ(②へ) <input type="checkbox"/> 異なる ② 出産時 ⇒ <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開等治療あり ⇒ 母の保険点数がわかるものと支給決定通知を添付
全年齢	③ 同月に同世帯でレプト1件あたり21,000円以上自己負担 ⇒ <input type="checkbox"/> あり(④へ) <input type="checkbox"/> なし ④ 合算した自己負担額が自己負担限度額を ⇒ <input type="checkbox"/> 超えない <input type="checkbox"/> 超える ⇒ 合算対象者全員の保険点数がわかるものと支給決定通知を添付 ⑤ 限度額適用認定証を使用しましたか ⇒ <input type="checkbox"/> はい(区分) <input type="checkbox"/> いいえ ⑥ 高額療養費付加給付等 ⇒ <input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明(※3) ⑦ 学校等でのけがですか ⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※学校等でけがをし、日本スポーツ振興センターに請求している場合は申請できません。(※4) ⑧ 交通事故等第三者の行為によるものですか ⇒ <input type="checkbox"/> はい(第三者行為による被害届 <input type="checkbox"/> 届出済み <input type="checkbox"/> 未届) <input type="checkbox"/> いいえ

種別	診療年月	日数	総医療費	自己負担額	一部負担金	支給額
入外調					00	
入外調					00	
入外調					00	
入外調					00	
入外調					00	
装具		0				

医療費支給申請書(請求書) (控)

問合せ先: ネウボラ推進課 (TEL084-928-1070)

振込予定日 受付日の翌月25日 (土日祝の場合は前営業日に振込みます。通帳には「イリョウジョセイキン」と印字されます。)



- ※1 記入された口座へ振込ができなかった場合は、児童手当振込口座へ再振込をします。
- ※2 福山市国保に加入されている方で、療養費(眼鏡・補装具)・高額療養費が支給される場合は、支給額確認後(2~3か月後)に支給します。
- ※3 健康保険から高額療養費や付加給付の支給を受けた場合は御連絡ください。二重に支給を受けている場合は、福山市へ返還していただきます。
- ※4 学校等でけがをした場合は原則、日本スポーツ振興センターへの請求となります。請求の対象になるかは学校等へお問合せください。