様式第３号（第５条、第９条関係）

小 中

小・中学生医療費助成金申請書

年　　月　　日

神埼市長　　様

申請者　住所
（受給者）氏名　　㊞
子供との続柄　：　父・母・その他（　　）
TEL

下記のとおり小・中学生医療費を請求します。

【申請者記入欄】

年　　月受診分　　件（領収書の枚数） **請求額　　円（保険対象本人負担額）**				
フリガナ 子供の氏名		加入保険	被保険者氏名	
子供の生年月日	年　　月　　日		保険証記号・番号	記号： 番号：
保険取得年月日			保険者名称	

保険診療点数　　点

【医療機関等記入欄】

保険診療額（領収）証明

子供の氏名				
診療月	年　　月分（入院がある場合は、入院日数　　日）			
	入院	入院外	歯科	調剤
保険診療点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療一部負担金	円	円	円	円
訪問看護利用料			円	

上記の金額を領収しました。
年　　月　　日
医療機関等所在地
名　称
代表者　　㊞

＊　医療機関等の領収書を添付する場合は、上記の領収証明欄は不要です。
＊　助成の申請期間は、診療を受けた月の翌月から１年です。
＊　小・中学生１人につき月額５００円を控除した額を助成します。
＊　健康保険適用分のみ助成します。（保険適用外、食事療養費などは助成対象外）
＊　学校管理下での怪我等でスポーツ振興センターより保険給付を受けるものは対象外です。

領収書添付貼り付箇所

【市記入欄】

給付決定額					審査欄
	一部負担額	高額療養費	付加給付	給付額	
保険診療	円	円	円	円	
訪問看護利用料	円	円	円		