様式第6号（第6条、第10条関係）　　小 中 高

小・中学生及び高校生等医療費助成申請書

年　　月　　日

神埼市長　　様

申請者　住所
（受給者）氏名　　㊞
電話番号

下記のとおり小・中学生及び高校生等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）		スポーツ振興センター保険給付の有無 （学校管理下での怪我　等）	有　・　無 （○をつける）
受給者番号		加入保険	被保険者氏名
フリガナ			保険証記号・番号　記号:　　番号:
子供の氏名			保険者名称
子供の生年月日	年　　月　　日		保険取得年月日

＊　県外医療機関等、整骨院を受診された場合は、この申請書を提出してください。
＊　申請書は、**児童ごとに医療機関（入院・外来・調剤等別）、診療月別**で作成してください。
＊　申請書は、**診療月の翌月以降に1ヵ月分をまとめて**提出してください。
＊　助成の申請期間は、**診療を受けた月の翌月から1年以内**です。
＊　**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。

領収書貼り付け箇所

【医療機関等記入欄】　　**保　険　診　療　額　（　領　収　）証　明**

区　分		□入院　□入院外　□歯科　□調剤薬局　□柔整　□その他(療養費)		
入院	入院期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日		
入院	保険診療総点数合計	点	一部負担金額	円
入院外等			保険診療点数	一部負担金額
入院外等	通院1日目	年　　月　　日	点	円
入院外等	通院2日目	年　　月　　日	点	円
入院外等	通院3日目以降の合計		点	円
入院外等	補装具及び治療用眼鏡等療養費		円	円

上記の一部負担金額（　　年　　月分）を領収しました。
年　　月　　日

医療機関等　住所
名称
氏名　　㊞

※保険診療点数　　点

【市記入欄】

	総医療費	一部負担金	窓口負担(A)	給付・公費(B)	保護者負担(C)	支給決定額(A-B-C)	入力
1回目（　/　）	円	円	円	高付公　円	円	円	
2回目（　/　）	円	円	円	高付公　円	円	円	
3回目以降	円	円	円	高付公　円		円	

計算①	計算②	読み合わせ	備　考