通院用

（あて先）浜 松 市 長

乳幼児医療費助成申請書 通院

乳幼児医療費の助成について、次のとおり申請します。

令和 5 年 9 月分（領収書 1 枚添付）	申請日	令和 5年 10月 1日

受診者（お子様）	受給者番号	1234456	生年月日	平成・令和 4年 12月 10日
	フリガナ	ハママツ イチコ		
	氏 名	浜松 一子	受診時年齢	0 歳
	住所	〒 430 － 8652 浜松市 中央 区 元城町103－2		

申請事由

県外の医療機関に通院
・受給者証の提示をせず通院（2割負担）
・公費医療※該当全てに○
小児慢性 ・ 自立支援
その他（ ）
・はり灸
・訪問看護
・治療用装具
・そのほか
（ ）

おたずねします		
	①今回申請するものと同じ受診月かつ同じ申請事由のものを過去に申請していますか？過去に同月同申請事由のものを申請している場合は申請の受付ができません。（申請していない場合は「いいえ」に○をつけてください） ※申請事由：通院、公費通院、治療用装具、はり灸、訪問看護 等	は い ／ いいえ
	②受診したときお子様は0歳児（1歳の誕生月の末日まで0歳児扱い）でしたか？ 例） 2023年10月1日生まれのお子様は2024年10月31日まで0歳児扱い	は い ／ いいえ
	③②で「はい」と答えた方のみ記入してください。「いいえ」の方は記入不要です。 今回の受診は時間外診療、休日当番医の日も含む休診日、夜間救急室・天竜休日救急診療所での受診ですか？ ※支給後に申請内容が事実と異なることが判明した場合は、返還していただくことがあります。	は い ／ いいえ
	④通院の理由がケガの治療の場合、そのケガは、園であるいは登園降園中や園関係の活動中におきたものですか？（ケガでない場合、園に通っていない場合はいいえに○をつけてください）	は い ／ いいえ （園名 ）
	⑤通院の理由がケガの治療の場合、ケガの原因に相手はいますか？（ケガでない場合はいないに○をつけてください）	い る ／ いない
	⑥お子様と同じ健康保険に加入している方が、今回申請する診療を受けた月から過去1年以内に、加入保険から高額療養費として3回以上の払い戻しがありましたか？	あ る ／ な い
	⑦お子様と同じ健康保険に加入している方が、今回申請する診療と同じ月に、1ヵ所の病院で1ヵ月で21,000円以上の医療を受けましたか？	受けた ／ 受けていない
	「ある」の場合：受けた方は、どなたですか？ お名前( ) 自己負担額（ 円） 総医療費(円)	

加入健康保険（お子様の）				
	被保険者本人氏名（国保は世帯主）	浜松 太郎		
	記号	10000000	番号	123
	保険者名称	浜松市 国民健康保険 ・ 全国健康保険協会 健康保険組合 ・ 共済組合 支部		
	保険者番号	1123445	資格取得（認定）年月日	平成・令和 4年 12月 10日

※受給者証交付申請者。児童手当を受給されている場合、原則児童手当受給者 保護者（申請者）				
	氏名	浜松 太郎	受診者との続柄	父／母／本人／（ ）
	住所	お子様と同居であれば、「同上」で結構です。 同上 携帯（母） （ 123 ） 4555		
振込口座	名義（カナ）	ハママツタロウ		
	金融機関コード	3 4 1 2	支店コード	2 2 2
	元城	農協・銀行・信用金庫・労働金庫	葵町	本店・支店・出張所
	口座番号	普通預金 0 0 3 4 5 6 7		

浜松市に住所のある小・中学生、高校生世代の保護者
（浜松市で児童手当を受給している場合は児童手当

受診証明書は裏

ここより上は、もれなく記入してください

審査欄							
課税世帯の有無	課税世帯 ・ 市民税非課税世帯			負担金回数	回		
受診回数	回	住基		時間			
保険診療一部負担金 A	高額療養費C	自己負担 B	助成決定額 A－C－B	備考 ・高額確認済 □ ・医療費請求履歴確認済	受付	入力	確認

受診証明欄

領収書の原本(受診者氏名／通院期間／保険点数・金額／医療機関名・印　があるもの)がある場合は、
以下は不要です。

<table>
<tr><td colspan="2">令和　　年　　月分</td><td colspan="2">受診者名　　様</td></tr>
<tr><td rowspan="3">通院</td><td>受診回数</td><td>回</td><td>助成対象（診療時間）
時間内　／　時間外</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険診療総点数</td><td>保険診療一部負担金</td></tr>
<tr><td colspan="2">点</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり証明します。
令和　　年　　月　　日

医療機関
（薬局）　　住所・所在地
名称　　㊞</td></tr>
</table>