

子育て支援医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) さいたま市長

住所
申請者 氏名
電話番号 ()

公費負担者番号				加入医療保険	被保険者等氏名		
受給資格者番号					保険証記号・番号	記号	番号
対象乳幼児・児童	氏名				保険者名称	国保・健保・共済 全国健康保険協会	
	生年月日	平成	年		月	日	
	診療月 入院・通院 どちらかに○	平成	年	月	入院 通院	保険者番号 (右づめで記入)	

※ 太枠内は、申請者の方がご記入ください。
(1ヶ月単位で受診した各医療機関等ごと。入院・通院別に1枚ずつお使いください。)

証 明 書				入院区分	診療科	
※ 証明書欄は領収書を紛失したなど申請時に領収書を添付できない場合、医療機関等に記入してもらってください。 ※ 他法負担分点数欄は、さいたま市妊婦健康診査費及び子育て支援医療費の助成に関する条例に定める以外の公費負担により支払われる額を点数で記入してください。						
診療年月	平成	年	月	入院	日 通院	
保険診療総点数			点	他法負担分点数		
保険診療分領収金額			円			
令和 年 月 日			住所			
様			医療機関等 名称(氏名) ㊞			
			電話番号			

県内外区分	診療区分	公費区分	証レ区分	課税区分	高額療養費	附加給付額	自己負担額	支給額
						行政区	送付番号	

※診療を受けた翌月以降に、各区役所や支所、または市民の窓口申請してください。