

※対象者1人につき申請書が1枚必要です。
2人以上の方について申請する場合、それぞれ記入してください。

親

医療証に記載された番号
を記入してください。

負担者番号	8	1	1	3	7	3	4	1
受給者番号	1	1	2	3	4	5	6	

複数の医療機関で受診した場合、いずれか1つの医療機関名を記入し、他()箇所と記入してください。

コダイラ		ハナコ		生年月日	2008年 2月 1日
小 平 花 子		1 入院	2 外来	診療期間	2024年 2月 15日 ~ 2024年 2月 17日
名 称		公立昭和病院		他 (1) 箇所	
所在地		(東京)	(都)	道・府・県	(小平)
				区・市・町・村	

申請の理由	1 都外受診	2 医療証到着前に受診	3 医療証提示忘れ
-------	--------	-------------	-----------

傷病の内容	4 被 保育所や学校管理下での傷病は保育所・学校に給付が受けられないか確認してください。給付の対象でない方、保育所・学校管理下での傷病でない方は支給申請ができます。
	確認済
	れる場合があります。給付を受ける場合は、支給申請はできません。

高額医療費	<input type="checkbox"/> 該当 (裏面内訳書を記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当
-------	--	---

(目安) 保険点数：外来…18,000点、入院…57,600点 窓口負担額 (3割)：外来…54,000円、入院…172,800円
※保険点数の計算・病院への問い合わせはご自身で行ってください。

振込先金融機関	小 平	銀行	信用金庫・農協	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
※医療証に記載の保護者の口座	小 平	本店	支店	出張所	フリガナ
	店番	1 2 3	普通	貯蓄	口座名義人
					小 平 太 郎

必ず、下記請求者(医療証記載の保護者)名義の口座を記入してください。
ゆうちょ銀行を指定する場合、記号・番号ではなく「振込用口座番号」を記入してください。

住 所	小平市 小川町2-1333
-----	---------------

氏 名	小 平 太 郎	※医療証に記載の保護者の方	連絡先	(母) 090-1234-△△△△
-----	---------	---------------	-----	------------------------

※申請期限は領収書の領収日の翌日から5年以内です。10割負担や補装具等の購入の場合は、先に加入の健康保険に保険給付分の請求(2年以内)を行い、支給決定通知書を受け取ってください。

市記入欄	総医療費	窓口負担額	自己負担額	助成額
課 税	保護者の方を記入してください。			
非課税				
補装具等				
高額療養費				

備考 (高額療養費の場合は計算式を記入)	総計	受付

高額医療費内訳書

受診者	小平 花子		
受診月	2024年	1月	※月ごとに記入してください

※受診月以前の1年間で高額医療費に該当する月があれば、下記の余白に記入してください。

診療日	入院・外来の別	医療機関名	医療費総額 (食費除く)	自己負担額
10	入院(外来)	〇〇クリニック	4,630	460
13	入院(外来)	〇〇クリニック	15,600	1,560
20~25	入院(外来)	△△総合病院	610,000	57,600
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			
	入院・外来			

保険合計額、保険対象合計額、診療費合計など

負担金額、一部負担金、保険負担額など(1割換算)

外来合計額	20,230	2,020
入院合計額	610,000	57,600
総合計額	630,230	59,620