□子どもの医療費
□ひとり親家庭等医療費　助成申請書(償還払い)

年　月　日

（あて先）南魚沼市長

申請者　住　所　南魚沼市
氏　名
ＴＥＬ　（　）

領収書（明細書）を添付し下記のとおり、医療費の助成を申請します。
また、支給決定に必要な場合、市が医療機関および保険者に関係事項の照会を行うことに同意します。

受給者証 受給(申請)者氏名		保険者名または 保険者番号	
診療を受けた者の 受給者番号		記号･番号	記号　番号
診療を受けた者の氏名 （生年月日）	（H･R　年　月　日）	被保険者氏名	
振込指定金融機関 (受給者証受給(申請) 者名義の口座に限る)	銀行 信組 金庫 農協　本店(所) 支店(所) 出張所	口座番号	普通
		口座名義(カナ)	
	□　公金受取口座を希望 （受給者証申請者の個人番号を記入）		

■診療(調剤)を受けた月の末日から６か月以内に申請ができなかった場合は、下記に理由を記入してください。やむを得ない事情がある場合以外は助成対象外となります。(南魚沼市医療費助成事業実施要綱より)

診療を受けた月の末日から６か月を超えて申請する場合の理由書（具体的に記入してください）

※市町村記入欄

他法負担額	円	一部負担額	円	助成決定額	円
公費区分	64　県親	90　単子	91　特別地単		

（H・R　年　月診療分）　領　収　書				
		保険診療点数		支払額(一部負担額)
外来・調剤	月の初回受診日	点		円
	月の2回目受診日	点		円
	月の3回目受診日	点		円
	月の4回目受診日	点		円
	月の5回目以降	点		円
	合　計	点		円
入院	入　院　日	年　月　日　～　年　月　日		
	入院日数	入院中の保険診療点数		支払額(一部負担額)
	日	点		円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当	回
訪問看護	利用日数	保険適用療養費の額		支払額(一部負担額)
	日			円
他法負担の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その他（　）	公費分点数		点
		患者負担額（公費分）		円

注　意　事　項

1　助成額の計算方法

(1)　対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア　外来の場合は、月の初日から４回目まで受診日ごとに 530 円（同一月内に同一の医療機関に４回までの受診については、１回につき 530 円。530 円に満たない場合は当該額）

イ　入院の場合は入院した１日につき 1,200 円で計算した額。

ウ　訪問看護の場合は利用した１日につき 250 円で計算した額。

(2)　入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2　同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例）(1)　外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合　　１枚
　　(2)　外来と入院の場合　　２枚
　　(3)　外来と入院、再入院の場合　　２枚
　　(4)　外来と入院と訪問看護の場合　　３枚

3　不明な点は、子育て支援課におたずねください。