

◆支給申請書に必要事項を記入後、確認欄に✓を、領収書枚数を記載してください。

必要書類	項目	確認欄	
支給申請書	申請者「住所・氏名・電話番号」欄に記入してありますか。 (電話番号は、日中に連絡がとれる番号を記載してください。)		
	子ども(受診した方)「住所・氏名・生年月日」欄に記入してありますか。		
	「診療月」欄に記入してありますか。		
	加入医療保険「保険証の記号番号・被保険者氏名・保険者」欄に記入してありますか。		
	「振込口座」欄に記入してありますか。		
	1人につき、1枚の申請書がありますか。		
	診療月ごとに申請書がありますか。		
領収書	記載内容	受診者名が記載してありますか。	
		受診年月日が記載してありますか。	
		医療機関の名称が記載してありますか。	
		保険点数が記載してありますか。	
		支払金額が記載してありますか。	
		領収印が押してありますか。	
	(上記がない場合は、受診した医療機関へ記載を依頼してください。)		
	保険診療以外のみの領収書はないですか。 (予防接種・診断書作成等の自費分は助成対象外です。)		
領収書(原本を送付してください。)は何枚ですか。		枚	
健康保険証	対象となるお子さまの健康保険証をコピーしましたか。		
返却用封筒	切手が貼ってありますか。		
	封筒に返却先の宛名が記入してありますか。		
以下は社会保険の方で、高額療養費や家族療養付加金が支給された場合、 または、医療機関窓口で10割負担した場合に必要です。			
支給決定通知書	支給決定通知書は同封してありますか。		

全項目が✓できたら、以下の封入物を確認してご郵送ください。

- 子ども医療費支給申請書
- 領収書
- 対象となるお子さまの健康保険証のコピー
- 返却用封筒
- 郵送による医療費支給申請時のチェックシート(本状)
- 支給決定通知書(該当する方のみ)

宛名用に切り取ってお使いください。

キ リ ト リ

〒479-8610
常滑市新開町4-1

※郵送時の注意事項

- ・封筒裏面に住所・差出人を記入してください。
- ・郵送時の切手は25gまで84円、50gまで94円です。

常滑市役所 保険年金課 医療チーム 行