小児医療費助成請求の流れ（書類記入方法、委任状要否）

※　上記のフロー図のいずれにも当てはまらないような場合は、市にお問合せいただきますようお願いいたします。
※　受診日時点ではなく、償還払いの申請日時点の状況となります。
※１　被保険者とは、対象小児が加入している健康保険の加入者本人のことです。例えば、父母が共働きでそれぞれ別の健康保険に加入しており、対象小児が父の健康保険の被扶養者である場合は、被保険者は父となります。なお、小児本人が就労等に伴い、社会保険に加入している場合は、被保険者は対象小児本人となります。
※２　保護者とは、 次の①②のいずれかに該当する者です。（①小児の世話をし、かつ、小児と生計を同じくするその父又は母、②父母に世話をされていない又は父母と生計を同じくしない小児の世話をし、かつ、小児の生計を維持する者）

茅ヶ崎市小児医療費助成申請書

（宛先）茅ヶ崎市長

住　所

申請者　　氏　名

電　話

□申請者が市外居住者のため、市内居住者の保護者宛に通知等の送付を希望

次のとおり医療費助成を申請します。

フ リ ガ ナ 対象小児氏名		対象小児 生年月日	平・令　　年　　月　　日 （未就学・小・中・高・その他）
受給者番号 （医療証に記載）		添付書類	□　領収証 □　支給決定通知書 □　装具証明書・作成指示書

申請額								