

新潟市こども医療費助成規則に規定する様式を定める要綱

第1条 新潟市こども医療費助成規則（平成23年規則第15号）の規定により別に定める様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	規定条項	別記様式番号
こども医療費助成受給資格認定申請書	第4条	別記様式第1号
新潟市こども医療費助成受給者証	第5条	別記様式第2号
新潟市こども医療費助成受給者証再交付申請書	第7条	別記様式第3号
こども医療費助成支給申請書	第10条	別記様式第4号

第2条 この要綱で定める様式について、市長が必要があると認める場合は、当該様式を適宜修正して用いることができる。

附 則

この要綱は令和7年3月17日から施行する。

別記様式第1号

子ども医療費助成受給資格認定申請書

(宛先)新潟市長

申請日 年 月 日

子ども医療費助成受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

助成対象期間	年 月 日 から 子どもが18歳に達した日以後の最初の 3月31日まで	受給者番号	
申請者 (保護者)	フリガナ		
	氏名	生年月日	年 月 日
	電話番号	子ども との続柄	
	住所		
こ ど も	フリガナ	性別	
	氏名	男・女	生年月日 年 月 日
	住所		
備考			

注 太線の枠内のみ記入してください。

別記様式第2号

(表)

新潟市子ども医療費助成受給者証		
公費負担者番号 90154006		入院有効期間
受給者番号		通院有効期間
子どもの氏名		
生年月日	性別	交付年月日
上記の者は、新潟市子ども医療費助成 発行者名 新潟市長 印 の対象であることを証明する。		受給者氏名

(裏)

<p>注意事項</p> <p>1 対象となる子どもの保険診療の自己負担額(総医療費の2割又は3割)から一部負担金を差し引いた額を助成します。</p> <p>2 新潟県内で受診の際は、医療機関窓口にて、この証を加入医療保険の資格情報が確認できるものとともに提示してください。</p> <p>3 新潟県外で受診の際は、医療機関窓口で自己負担額を支払った後、市の窓口にて領収書等を持参して請求してください。</p> <p>4 入院の一部負担金は、1日につき 円となります。</p> <p>5 通院の一部負担金は、医療機関ごと、月の初回から4回目までは、受診日ごとに 円(当該受診日の自己負担額が 円未満の場合は、当該額)となります。(調剤薬局等は、無料)</p> <p>6 入院の際に食事療養標準負担額の減額認定を受けている場合、食事療養の標準負担額も助成します。</p> <p>7 市外転出等で受給資格を喪失した場合は、使用できません。</p>	
--	--

別記様式第3号

新潟市子ども医療費助成受給者証再交付申請書

(宛先)新潟市長

申請日 年 月 日

新潟市子ども医療費助成受給者証を  汚損  亡失 したので再交付を申請します。

受給者番号				
受給者 (保護者)	フリガナ			
	氏名	生年月日	年 月 日	
	電話番号	子ども との続柄		
	住所			
こ ど も	フリガナ	性別	生年月日	年 月 日
	氏名	男・女		
	住所			
備考				

注 太線の枠内のみ記入してください。

別記様式第4号

こども医療費助成支給申請書

(宛先)新潟市長

申請日 年 月 日

こども医療費助成の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者	フリガナ		電話番号
	氏名		
こども	フリガナ		受給者番号
	氏名		
	住所		生年月日 年 月 日
振込口座 (受給者)	フリガナ		口座番号
	口座 名義人		普・当
	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	出張所 支店 金融機関コード 支店コード

受診年月	年 月	医療機関名		医療機関コード
外来 調剤	初回受診日の保険診療分	点数	点	支払額 円
	月の2回目受診日の保険診療分		点	円
	月の3回目受診日の保険診療分		点	円
	月の4回目受診日の保険診療分		点	円
	月の5回目以降受診日の保険診療分		点	円
	1か月間の保険診療合計	計	点	計
入院	入院日	年	月	日
	退院日	年	月	日
	入院日数			日間
	入院中の保険診療分	点数	点	支払額 円
	食事療養を受けた回数(減額認定証所持者)			回(うち長期 回)
訪問看護	利用日数			日
一部負担額	円	助成決定額		円

注1 太線の枠内のみ記入してください。

2 領収書その他の自己負担額を支払ったことを証する書類を添付してください。

3 受診した月ごとに1枚提出してください。

4 医療機関ごとに1枚必要です。(調剤薬局も1枚必要です。)