

子どもの医療費助成申請書

年 月 日

武雄市長 様

*必ず保護者名と、口座名義人は同じ方を記入してください。

申請者 住 所 武雄市 町

* (保護者) 氏 名

㊟

連絡先 ()

次のとおり医療費の助成を受けたいので申請します。

[申請者記入欄]

資格証番号		加入 保 険	記号・番号	
患者氏名			被保険者氏名	
生年月日	年 月 日生		保険者番号	
			保険者名	国保・社保・その他
<p>同意書 (一部負担金が21,000円を超えている方のみ) 助成額の決定に際して、住民税課税台帳の閲覧及び保険者に高額療養費等の支給状況等を確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 ㊟</p> <p>1. 学校での負傷疾病 () ①はい () ②いいえ 2. 振込口座 () ①下記口座 () ②前回申請時の口座 ※必ず〇を記入してください。</p>				
振込先金融機関名			店番 — 口座番号	
銀行 金庫 組合			本店 支店 出張所 支所	
			フリガナ *名義人	

[医療機関等記入欄]

保険診療額(領収)証明						
患者氏名						
診療月	年 月分(入院がある場合は、入院日数 日)					
	入院	入院外			合計	調剤
		(月の初回)	(月の2回目)	(月の3回目以降)		
保険診療総点数	点	点	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点	点	点
保険診療一部負担額	円	円	円	円	円	円
訪問看護利用料	(日) 円	(日) 円	(日) 円	(日) 円	(日) 円	(日) 円
	上記の金額を領収しました。 年 月 日 医療機関等所在地 医療機関等名 ㊟					

- (注) 1 この申請書は、医療機関(総合病院は歯科、歯科以外)ごと、月ごとに1枚です。診療を受けた日の属する月の翌月から起算して1年以内に申請してください。
2 申請書は、診療の翌月以降に提出ください。
3 申請書には、医療機関の「証明」又は領収書の添付が必要です。(レシート不可)

[市記入欄]

	給 付 決 定 額			
	一 部 負 担 額	高 額 療 養 費	付 加 給 付	自 己 負 担 額
保 険 診 療	円	円	円	
訪 問 看 護 利 用 料		円	円	円