

(こども医療)

こども医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。															
平成 年 月 日																	
塩谷町長 様																	
受給資格者 住所 塩谷町大字																	
(申請者) 氏名 ⑩																	
電話 ()																	
公費番号		6	0	0	9	0	7	4	3	加入保険		被保険者氏名					
受給者番号												保険証記号番号					
受診者	氏 名								保険者	番 号							
	生年月日		年 月 日生							名 称							
振込先		銀行 支店 預金種別 普通 ・ 当座 指定口座に振り込みになります。記入は不要です。 (振込先を変更する場合は、変更届を提出して下さい。) (フリガナ) 口座名義 口座番号															
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無														有 ・ 無			

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。													
保 険 診 療 証 明 書														受診者()	
保険種類		国保・社保・その他				自己負担割合 1 ・ 2 ・ 3 割				特定疾病療養受療証の有無 有・無					
診療年月		保 険 診 療 合 計 点 数						食 事 療 養 費				他法負担点数	備 考		
年	月	入院日数	入 院 点 数			外 来 点 数			日数	金 額 (標準負担額)					
計															
平成 年 月 日															
医療機関名 所在地 名 称 氏 名 印															

助 成 内 容	保険診療 合計金額	一 部 負担額	控除額の内訳					医療費 助成額
			他 法 負担額	高 額 療養費	附 加 給付額	自己負担 控 除 額	控除額 計	
	円	円	円	円	円	円	円	円
	食事療養費							
計								