

子どもの医療費助成金申請書

第1号対象者

年 月 日

多久市長 様

申請者 住所 多久市 多久町

(受給者) 氏名

(TEL ー)

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

フリガナ 子どもの氏名		加入 保 険	被保険者氏名	
子どもの 生年月日	年 月 日		保険証 記号・番号	記号: 番号:
続柄			保険者番号	
振込先 金融機関	銀行 支店 農協 支所		口座番号	口座名義人
	ゆうちょ銀行	記号	番号	口座名義人

*初回申請時以外は、振込先金融機関の記入は不要です。

[医療機関等記入欄]

領収書添付貼り付箇所					
保険診療額(領収)証明					
患者氏名			医療機関コード		
診療月	年 月分 (入院がある場合は、入院日数 日)				
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤	
保険診療総点数	点	点	点	点	
公費負担点数	点	点	点	点	
保険診療 一部負担額	円	円	円	円	
自己負担額	円	1回目	円	1回目	円
		2回目	円	2回目	円
訪問看護 利用料		円			
上記の金額を受領しました。					
				年 月 日	
医療機関等所在地					
名称					
氏名					
印					

[市記入欄]

給付決定額				
	一部負担金額	高額療養費	附加給付額	給付額
保険診療	円	円	円	円
訪問看護 利用料	円	円	円	

- 注 意
- 1 保険診療以外の医療費については申請できません。
 - 2 申請書は、診療の翌月以降に1ヶ月分まとめて提出してください。
 - 3 申請の有効期限は支払日から1年以内です。