

子どもの医療費助成金申請書

第2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	円	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。