

子ども医療費助成申請書(未就学・小学生)

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。								
芳賀町長 様		受給資格者 住 所						年	月	日
		氏 名								
		電 話								
公費番号								被保険者氏名		
受給者番号								保険証記号番号		
受診者	氏名						加入保険	保 険 者	番 号	
	生年月日	年	月	日		名 称				
振込先		※振込口座を変更する場合は、必ず記入してください。								
		金融機関名 _____ 店名 _____				預金種別 普通・当座				
		口座名義人 _____				口座番号 _____				
		一部負担金21,000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ください。

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。 点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。							
保 険 診 療 証 明 書									
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)			
		年 月 日		医療機関等 所在地					
				名 称					
				氏 名					

	保険診療 合計金額	一 部 負担金	控除額の内訳				医療費 助成額	食 事 療 養 費	助成額 合 計
			他 法 負担額	高 額 療 養 費	付 加 給 付 額	自己負担 控除額			
	円	円	円	円	円	円	円	円	
助成 内容									
	計								

証明料	円 領収しました。
	医療機関名 ㊟