

(表)

子ども医療費助成申請書

令和〇年〇月〇日

(宛先)見附市長

申請者 住所 見附市昭和町2-1-1

氏名 見附 太郎(※)

電話 0258-62-1700

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

Table with 4 columns: 受給者番号, 受給者氏名, 受療者氏名(子ども), 受診医療機関名, 保険者名, 記号・番号, 被保険者氏名, 受診年月, 振込指定金融機関, 口座番号, フリガナ, 口座名義人. Values include 0123456, 見附 太郎(※), 見附 一郎, 〇〇病院, 〇〇健康保険組合, 1234・5678, 見附 太郎, R〇年〇月, 〇〇銀行・信組 〇〇支店, 〇〇金庫・農協 〇〇出張所, 7891023, ミツケタロウ, 見附 太郎(※).

- (注) 1 申請者氏名を自署しない場合は、記名押印をしてください。
2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
3 // は医療機関ごとに1枚必要です。

※ 申請者氏名・受給者氏名・口座名義人は一致

見附市確認欄

Table with 2 columns: 助成決定額, 円

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

(年 月診療分)

Table with 4 columns: 外来調剤, 入院, 訪問看護, 他法負担の有無. Sub-headers include 月の初回受診日, 月の2回目受診日, 月の3回目受診日, 月の4回目受診日, 月の5回目, 合, 入院, 入院日数, 食事療養を受けた回数, 利用日数, 障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その他(), 保険診療点数, 一部負担額, 点, 円, 年 月 日, 点, 円, 回, うち長期該当, 円, 点, 点. Includes a callout box: この表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付すれば、記入不要

上記のとおり領収しました。

年 月 日

様(受給者氏名)

医療機関等 所在地

名称

印

氏名

- (注) 1 一部負担額の欄は、医療保険及び他法負担適用後の金額を記入してください。

(医療保険適用外の額を含めないこと)

- 2 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。