

(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-columns 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, 点, 円, 点, 円, 点, 円, 点, 円, 点, 円, 点, 円, 点, 円. 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。