

子どもの医療費助成申請書
(年 月分)

令和 年 月 日

伊万里市長 様

申請者 (保護者) 住所 伊万里市 町 番地
氏名
個人番号
電話 (—)

下記のとおり医療費の助成を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

子ども	受給者番号					加入医療保険	被保険者氏名		□申請者に同じ		
	フリガナ						氏名		その他()		
	氏名						保険証	記号			
	個人番号							番号			
	性別	男・女					保険種別		国保 協会 組合 共済 その他()		
生年月日	H・R 年 月 日										
申出欄	今回診療月以前12月間に、同一健康保険等加入者が、3回以上高額療養費の を申し出ます。 <table border="0" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ・支給を受けている ・支給を受けていない </td> <td style="padding: 2px;">こと</td> </tr> </table>									・支給を受けている ・支給を受けていない	こと
・支給を受けている ・支給を受けていない	こと										
同意	子どもの医療費助成金の交付にあたり、伊万里市が公有公簿等により調査することに同意します。 (申請者) 氏名										

※申請者は太枠内を記入し、医療機関の証明を受けてください。(なお、保険診療総点数等が明確である領収書を添付されれば、医療機関の証明は必要ありません。)

[医療機関等記入欄] ※食事療養に関する費用は除いて記入をお願いします。

保険診療額(領収)証明				
診療月	年 月分(通院日数 日、入院日数 日)			
区分	入院	歯科	入院外	調剤
保険診療総点数	点		備考	
公費負担点数	点			
保険診療一部負担金	円			
訪問看護基本利用料	円	訪問看護利用日数 日		
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) 電話番号()	

[助成決定額] これより下の欄は記入しないでください。

総医療費	公費負担額	一部負担金	附加給付	高額療養費
円	円	円	円	円
備考	課税・非課税		訪問看護基本利用料	円
			自己負担額	円
			助成決定額	円

※申請には、保険証、預金通帳、領収書をご持参ください。