

子ども医療費助成申請書

和水町長 様

次のとおり、医療費の助成を申請します。

申請者記入欄	受給者(保護者)氏名			
	対象児童氏名		対象児童の生年月日	年 月 日
	診療月	年 月分	受給者証番号	
	保険種別	国保 協会 組合 共済 その他() ※お持ちの健康保険証で確認し、該当するものに○を付けてください。		

領収書が添付が出来ない場合は、診療を受けた医療機関等の証明が必要です。

医療機関等 の記入欄	医療機関	診療月	年 月分		患者氏名			
		入院	日数	日	医療点数	点	定率一部負担額	円
		通院	日数	日	医療点数	点	定率一部負担額	円
		訪問看護	日数	日	医療点数	点	定率一部負担額	円
		医療機関コード						
	調剤薬局	年 月 日、上記の一部負担金額を受領しました。						
		所在地						
		名称						
		氏名						
		印						
		診療月	年 月分		患者氏名			
		調剤	日数	日	医療点数	点	定率一部負担額	円
医療機関コード				処方医療機関名				
年 月 日、上記の一部負担金額を受領しました。								
所在地								
名称								
氏名								
印								

町職員記入欄	☐ 一部負担金(窓口で支払った保険内診療の額)が21,000円を超える場合、高額療養費の支給について保護者または保険者確認済(支給無し・支給有→支給決定通知書(写し可)の添付が必要。)			
	☐ 一部負担金(窓口で支払った保険内診療の額)が21,000円を超える場合、付加給付金の支給について保護者または保険者確認済(支給無し・支給有→支給額の分かる書類(写し可)の添付が必要。)			
	☐ 治療用装具に係る費用助成の場合、医師の装着指示書(写し可)および支給決定通知書(写し可)の添付済			
町職員記入欄	一部負担金額 ①	高額療養費または療養費支給額 ②	付加給付金 ③	助成額 ①-(②+③)
	円	円	円	円