

子どもの医療費(療養費)助成申請書

平成●●年●●月●●日

小城市長 様

申請者 住所 小城市 三日月町長神田2312番地2

氏名 小 城 花 子

(電話番号 37-6107)



記入例

子どもの医療費として、次の金額の交付を申請します。なお助成額の決定に際して、被保険者税台帳閲覧と、保険者に高額療養費等の支給状況等を確認されることに同意します。

シヤチハタ印不可
(朱肉を使うもので押印)

子 ど も	フリガナ	オギ タロウ		小 城 000000
	氏 名	小 城 太 郎		小 城 花 子
	生年月日	平成 ●●年 ●●月 ●●日	小 城 市	
		保険者番号	00410084	
<input type="checkbox"/> 前回支払の児童手当と同じ口座への入金を希望する (公務員は除く)			<input type="checkbox"/> 下記口座への入金を希望する (公務員又は児童手当以外の口座登録がない場合) ※	
支払希望金額 前回支払いの児童手当と同じ口座を希望する場合はこちらにチェック (口座の記入は不要)		口座番号 希望する場合は通帳(見開き1ページ)を添付してください (口座記入と通帳のコピーが必要)		

保 険 医 療 機 関 等 記 入 欄	区 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> その他(療養費)			
	入 院 期 間	年 月 日から 月 日			
	ここは保険医療機関等の記入欄です。 領収証の添付がある場合、この欄の記入は不要です。				
年 月 日					
医療機関等 住 所 氏 名 氏 名					

以下は小城市の記入欄です

【申請の際の注意】

		入力
1回目 ()	①申請書は「受診者」「医療機関(入院・外来・調剤別)」「診療月」ごとに1枚ずつ作成してください。	円
2回目 ()	②申請書には、「領収書(診療を受けた児童の氏名、診療月、保険診療総点数、金額、医療機関証明印が明記されているもの。レシート不可)」「(※のり付けは不要です) または「医療機関等記入欄への証明」が必要です。	円
3回目	③申請書は、診療月の翌月以降に1か月分まとめて提出してください。	円
計	④一部負担金を負担した日(領収日)から1年を過ぎると請求できません。	

【注】①申請書は、児童ごとに医療機関(入院・外来・調剤別)、診療月別で作成してください。
 ②申請書は、診療月の翌月以降に1か月分まとめて提出してください。(社会福祉課、または各出張所)
 ③保険診療以外の医療費については、申請できません。
 ④一部負担金を支払った日(領収日)から、1年を過ぎると請求できません。