

子どもの医療費(療養費)助成申請書

年 月 日

小城市長 様

申請者 住所 小城市
氏名

印

(電話番号)

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、被保険者及び家族の住民税課税台帳閲覧と、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。

子 ど も	フリガナ		保険証記号番号	
	氏名		被保険者名	
			保険者名	
	生年月日	年 月 日	保険者番号	
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)			下記口座への入金を希望する (公務員又は児童手当口座登録がない場合)	
支払希望金 融機関		口座 番号	フリガナ 口座名義人	
	本・支店			

児童手当以外の口座への入金希望する場合は通帳(見開き1ページ)のコピーを1度の提出につき1部添付してください

以下は医療機関等の記入欄です(領収書を紛失した場合など)

保 険 医 療 機 関 等 記 入 欄	区 分	入院 入院外 歯科 調剤薬局 その他(療養費)	
	入院期間	年 月 日から 月 日	
	保険診療総点数合計		点
	一部負担金額		円
	入 院 外 内 訳	保険診療総点数(通院1日目) (月 日)	点
		一部負担金額(通院1日目) (月 日)	円
		保険診療総点数(通院2日目) (月 日)	点
一部負担金額(通院2日目) (月 日)	円		
保険診療総点数(通院3日目以降) (月 日)	点		
一部負担金額(通院3日目以降) (月 日)	円		
補 装 具 及 び 治 療 用 費	円	一部負担金額	円
上記の一部負担金額(年 月分)を領収しました。 年 月 日			
医療機関等 住 所 名 称 氏 名		印	

以下は小城市の記入欄です

	総医療費	一部負担金	窓口負担(A)	給付・公費(B)	保護者負担(C)	支給決定額(A-B-C)	入力
1回目 (/)	円	円	円	高付公 円	円	円	
2回目 (/)	円	円	円	高付公 円	円	円	
3回目以降	円	円	円	高付公 円	X	円	
計算	計算	読み合わせ	備考				

【注】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。
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、又は各出張所)
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。
保険診療以外の医療費については、申請できません。