

山中湖村長 殿

すこやか子ども医療費助成金請求書

下記のとおり助成金を請求します。

				受給資格者証番号		高校生等 <input type="checkbox"/>	
申請者記入欄	申請者 (保護者)	氏名	⑩ (自署の場合押印省略可)			申請年月日	令和 年 月 日
		住所	山中湖村 山中・平野 TEL ()			加入保険	区分 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> その他
	フリガナ				保険証番号		記号 番号
	子ども	氏名				保険者番号	
	生年月日	平成・令和 年 月 日			振込先	金融機関名	銀行 信組・信金 支店
						口座番号	普・当・その他
						フリガナ 名義人	
医療機関等記入欄	年 月分			入院時食事療養費	総日数	日	
	区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 薬剤		訪問看護療養費	標準負担額	円	
		<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()			総費用	円	
	窓口負担	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		その他	回数	回	
	診療報酬 請求点数	点			基本利用料	円	
公費負担	有(円) ・ 無		負担額	円		医療機関等の証明 左記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 住所地 名称 代表者 印	
市町村記入欄	療養に要した費用額		円 …(A)	付加給付額(高額療養費)		円 …(D)	
	保険者負担額(公費負担含む)		円 …(B)	入院食事負担額		円 …(E)	
	法定一部負担額(A) - (B)		円 …(C)	保護者負担額		円 …(F)	
				助成金請求額 (C) - (D) + (E) - (F)		円	