

こども医療費助成金請求書

甲斐市長 様
 次のとおり支給されるよう請求します。

請求年 月 日	年 月 日
------------	-------

請求者記入欄	請求者 (保護者)	氏名	住所	連絡先 (平日の日中に 連絡可能な番号)	-
	こども	氏名	生年月日	年 月 日	住所
	振込先 (普通口座 に限る)	金融機関名		支店名	口座番号
		銀行 金庫 信組 農協	金融機関コード	支店 支所	支店コード
					口座名義人(カタカナ)

医療機関等記入欄	年 月分	入院時食事療養分	食事回数	回	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 名称 代表者
	区分	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 入院 (日) <input type="checkbox"/> その他()	標準負担額	円	
	保険医療費総額	円	総費用	円	
	保険内負担額	円	公費負担	有(円)・無	
		窓口負担	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他()		

市町村記入欄	保険医療費総額	円 …(A)	付加給付額(高額療養費)	円 …(D)
	保険者負担額	円 …(B)	入院食事負担額	円 …(E)
	法定一部負担額(A) - (B)	円 …(C)	公費負担額	円 …(F)

- 1 領収書(原本)の添付、又は医療機関等記入欄の記入が必要です。
- 2 この助成制度より、他の保険制度が優先されますので、付加給付・高額医療費等を受けられた場合は、申請時に支給決定通知書を添付してください。

支給決定額 (C) - (D) + (E) - (F)	円
--------------------------------	---