

別記様式（第4条関係）

高校生等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)	フリガナ		連絡先	— —	
		氏名		生年月日	年 月 日	
		住所	甲斐市			
	高校生等	フリガナ		生年月日	年 月 日	加入 保険
		氏名		生年月日	年 月 日	
		住所				
振込先	金融機関名		支店名	種別	口座番号	
				普通・当座	口座名義人(カタカナ)	
医療 機 関 等 記 入 欄	診療年月	年 月分		総回数	回	
	区分	<input type="checkbox"/> 入院 (日) <input type="checkbox"/> その他 ()		標準負担額	円	
	窓口負担	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他 ()		総費用	円	
	診療報酬 請求点数	[][][][][][] 点		負担額	円	
	公費負担	有 (円)・無		入院時食事療養分 その他		
医療機関等の証明 左記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 住所地 名称 代表者						
市 記 入 欄	入院に係る療養に要した費用額		円 …(A)	付加給付額(高額療養費)		
	保険者負担額(公費負担含む。)		円 …(B)	入院食事負担額		
	法定一部負担額(A)－(B)		円 …(C)	保護者負担額		
添付書類：領収書、加入している健康保険証の写し ゆうちょ銀行を指定する場合は、通帳見開き1ページ目の写し ※別途必要書類が生じる場合があります。				支給請求額 (C)－(D)＋(E)－(F)		
				円		