

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 | | | その他 | |
| 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) | | 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) |
| 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 |