様式第３号(第９条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | （ふりがな）  氏　名 | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　 月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | 住　所 | | | （※保護者と同住所の場合記載不要） | | | | |
| 振込先  （普通口座に限る） | 金融機関名 | | | | | | | | | | | | | | 支店名 | | | | | | | | | | | | | | | 口座番号 | | | | | | 口座名義人（カタカナ） | | |
| 銀行  金庫  信組  農協 | | | | | | | 金融機関コード | | | | | | | 支店  支所 | | | | | 支店コード | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等記入欄 | 年　　 月分 | | | | | | | | | | | 入院時食事療養分 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | |
| 食事回数 | | | | | | | |  | | |  | |  | | | 回 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | □入院外　 □歯科　 □調剤  □入院 （　　　日）  □その他(　　　　) | | | | | | | | | | 標準負担額 | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | 円 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総費用 | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | 円 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有(　　　　　円)・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険医療費総額 |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | 円 | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険内  負担額 |  |  | | | | | | |  | | 窓口負担 | | □2割　　□3割　□その他（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | 円 | |
|  |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　医療機関等記入欄の記入または原則的に領収書（原本）を添付をお願いします  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 | | | |