

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	甲斐 太郎		住所	甲斐市〇〇1234-5			連絡先 (平日の日中に 連絡可能な番号)	090-●●●●-xxxx		
	子ども	(ふりがな) 氏名	かい はなこ 甲斐 花子		生年月日	〇〇年 〇月 〇日			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)	
	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協	金融機関コード		〇〇	支店 支所	支店コード		1234567			カイ タロウ
			1	2	3	4		1	2	3		

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		標準負担額	[] [] [] [] [] []			円		
		<input type="checkbox"/> 入院 (日)		総費用	[] [] [] [] [] []			円		
	<input type="checkbox"/> その他()		公費負担	有(円)・無						
保険医療費総額	[] [] [] [] [] [] 円									
保険内負担額	[] [] [] [] [] [] 円		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
--------------------------	---