

請求者記載例

こども医療費助成金請求書

次のとおり支給されるよう請求します。

請求年月日 **RO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 OO 1234-5			連絡先 (平日の日中に 連絡可能な番号)	090 - 0000 - xxxxx		
	子ども	(ふりが な) 氏名	かい はなこ 甲斐 花子			生年月日	OO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		0123456			カイ タロウ	
		0000	0	1	2	3	000	0	1	2			

医療機関等記入欄	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()	入院時食事療養分	食事回数	<input type="text"/>	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
				標準負担額	<input type="text"/>	円	
				総費用	<input type="text"/>	円	
	保険医療費総額	<input type="text"/>	円	公費負担	有(円)・無		
保険内	<input type="text"/>	円	窓口	<input type="checkbox"/> その他()			

必ず請求者名義の振込先口座を記入してください。

領収書を紛失してしまった場合や、診療点数、保険内負担額等が記載されていない領収書もらった場合は、請求書下部の「医療機関等記入欄」に医療機関等で診療内容を記入していただいでください。

※医療機関向けの記載例は市ウェブサイトからご確認いただけます。

市町村記入欄	保	(A) 付加給付額(高額療養費)	円 …(D)
	保	(B) 入院食事負担額	円 …(E)
	法	(C) 公費負担額	円 …(F)
	1 2	支給決定額 (C) - (D) + (E) - (F)	円

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。