

子ども医療費助成申請書

珠洲市長

令和〇年〇月〇日

振込口座を登録してある保護者の住所・氏名をご記入ください。

申請者 住所 珠洲市 〇〇町〇字〇〇番地

氏名 珠洲 太郎

印
(自署の場合、押印省略)

医療費の助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

登録番号	受給資格者番号を記入		加入 保 険	被保険者 氏名	社保の場合は被保険者 国保の場合は子ども
子ども	氏名	珠洲 花子		保険証 記号番号	1234567-89
	生年月日	令和 △年 △月 △日		保険者名	保険証の下部に記載してある 保険者名称を記入
保護者氏名	珠洲 太郎				

処理欄

	一部負担金 合	控除額の内訳			助成決定額	診療月と入院 は日数を記入	備考
		附加給付額	条例負担金	計			
通院	県補助	円	円	円	円		
	市補助	円	円	円	円		
入院	県補助	円	円	円	円		
	市補助	円	円	円	円		
助成決定額合計					円		

処理上の注意

- 同月に入院・通院があつた場合は、入院の一部負担金から条例負担金を控除する。
- 備考には育成医療・未熟児養育医療費などの公費負担医療、高額療養費、所得制限者など記入する。

領収書合計枚数

連絡先電話番号

〇〇 枚

(0768)80-0000