

子ども医療費助成申請書

平成 年 月 日

玉東町長 前田 移津行 様

住 所 玉東町大字

申請者

氏 名

印

下記のとおり、医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	氏 名		加入保険	保険種別	協会・健保組・共済 国保・国組・その他
	生年月日	平成 年 月 日生		保険証 記号・番号	
	受給者証番号			保険者名	

診 療 月		平成 年 月分		※ 総点数	※ 定率一部負担金
○を付ける	かかった 日 数	医 療 機 関 名			
1. 通院 2. 入院 3. 調剤	日			点	円
1. 通院 2. 入院 3. 調剤	日			点	円
1. 通院 2. 入院 3. 調剤	日			点	円
1. 通院 2. 入院 3. 調剤	日			点	円
1. 通院 2. 入院 3. 調剤	日			点	円
1. 通院 2. 入院 3. 調剤	日			点	円
1. 通院 2. 入院 3. 調剤	日			点	円
1. 通院 2. 入院 3. 調剤	日			点	円

※町記入欄	一部負担金 ①	高額療養費 ②	附加給付額 ③	総医療費	県補助基本額	助 成 額 ① - (② + ③)
					課 ・ 非	

- 医療保険各法の規定に基づき、**高額療養費又は家族療養給付金等の附加給付**を受けることができる場合は、その「支給決定通知書等」を添付してください。
- 申請者の部分と太字で囲んである欄を記入し、**領収証(受診者氏名・保険点数・受診日の記載があるもの)**を添え、ひと月にかかった医療費分はまとめて申請をしてください。
(上記の記載がない領収証については、払い戻しができない場合があります。)
- 申請書提出の際には、必ず**印鑑**をご持参ください。