

子育て支援医療費助成金請求書

年 月 日 提出

昭 和 町 長 様

請求者(保護者) 住 所 昭和町

氏 名 _____ (印)

電 話() _____ - _____

下記のとおり医療費を請求します。(請求者(保護者)が記入してください。)

小 児	フリガナ	加 入 医 療 保 険	保 險 区 分	1 国保 2 政管健保 3 組合健保 4 その他()		
	氏 名		保 險 証 の 記 号 番 号			
			保 險 組 合 の 名 称			
			保 險 者 番 号			
	生年月日		年 月 日 生	保 險 組 合 の 電 話 番 号		
				資 格 取 得 日	年 月 日	
				世帯主・被保険者 組 合 員 の 氏 名		
受給者番号						

※この証明書は、診療を受けた月の翌月10日以後に医療機関等で証明を受けてください。

医療機関の証明

年 月 分 診 療 報 酬 証 明 書	
ただし、年 月 分 保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む。)	
入院時食事療養の標準負担額を除く。	
保 險 診 療 総 点 数	他 法 負 担 分 点 数
入院・入院外・歯科・調剤	点
入院時食事療養費標準負担額	
¥	(算定日数 日)
年 月 日	
代表者	所在地 医療機関等 名称 (印)

注1.上記証明書は、保険医療機関等で記入してください。

2.他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を記入してください。

3.医療費助成金につきましては、別紙の「子育て支援医療費助成金振込口座指定届」で指定した金融機関の口座へ振り込みます。

4.振込み先を変更する場合は、「子育て支援医療費助成金振込口座指定届」で再度届け出てください。

※ 処 理 欄	保 險 診 療 一 部 負 担 金	高 額 療 養 費	附 加 給 付	支 給 額 計 (円)
	円	円	円	小 計
	入 院 時 食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	町 民 税 非 課 税	入 院 90 日 を 超 え る 日 数	食 事 計
	円 × 日 = 円	円 × 日 = 円	円 × 日 = 円	合 計