

# 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。)

子 ど も	フリガナ		加 入 医 療 保 険	保 険 区 分	1 国保      2 政管健保 3 組合健保   4 その他( )
	氏 名			保 険 証 の 記 号 番 号	
				保 険 組 合 の 名 称	
				保 険 者 番 号	
	生年月日	年 月 日生		保 険 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。													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">保 険 診 療 総 点 数</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 10%;">点</td> <td style="width: 15%;">他 法 負 担 分 点 数</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;">点</td> </tr> <tr> <td>入院・入院外・歯科・調剤</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	保 険 診 療 総 点 数		点	他 法 負 担 分 点 数		点	入院・入院外・歯科・調剤						
保 険 診 療 総 点 数		点	他 法 負 担 分 点 数		点								
入院・入院外・歯科・調剤													
入院時食事療養費標準負担額													
¥ _____ (算定日数 _____ 日)													
年 月 日													
所在地 医療機関等 名 称 代表者 _____ (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 険 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

## 子育て支援医療費助成金振込口座指定届

昭和町長                      様

下記口座へ振込み願いたく届け出ます。

年    月    日

住 所                      昭和町

保護者

氏 名

電 話(                      )                      -

(印)

対 象 子 ど も	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	年    月    日生			
	受給者番号				
口 座 番 号 等	金融機関名	支 店 名	口 座 番 号		
			普 ・ 当		
口 座 設 置 者 住 所、氏 名	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
備 考					