

子育て支援医療費助成金請求書

令和 年 月 日 提出

昭和町長様

請求者(保護者) 住所 昭和町
氏名 _____
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		
	受給者番号			世帯主・被保険者 組合員の氏名			

※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: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">点</td> <td style="width: 15%;">他法負担分点数</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">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() -

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						