

市川三郷町子育て支援医療費助成金請求書

通院:入院 … 18歳の3月31日まで(ただし、4月1日生まれの方は18歳の誕生日の前日まで)					保護者記入欄 受給者番号	
保護者記入欄	住所	保護者氏名	保護者との続柄	子ども氏名	子ども生年月日 年 月 日	受診時年齢 歳
	保険種別		保険者番号	保険者名	記号番号	
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他					
医療機関の証明 ※この欄は、療養をうけた月の翌月10日以降に、医療機関等で記入及び証明を受けて下さい。						
医療機関記入欄	年 月分	実診療日数 日間	医療機関等 所在地 年 月 日			
	診療報酬請求金額 円		名称			
	自己負担額 円	入院・入院外等の別 2割 3割 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 療養費 その他() <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/> その他()		代表者名 印		
医療機関以外の証明						
家族訪問看護療養費 期間 年 月 日～ 年 月 日			その他の療養費 負担額 円			
負担額 円 × 回 = 円			上記のとおり相違ないことを証明する。			
訪問看護事業者 所在地 名称・代表者 印			年 月 日 保険者 印			
市町村記入欄	A 療養に要した額	円	E 高額療養費	円		
	B 保険者負担額	円	F 附加給付額	円		
	C 公費負担額	円	G 助成金請求額(D-E-F)	円		
	D 本人負担額(A-B-C)	円	備考			
保護者記入欄	上記のとおり支給されるよう申請します。		年 月 日	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協	
	市川三郷町長 殿			本・支店名	支店	
	申請者(保護者) 住所			口座の種類	1普通	2当座
	氏名			口座番号		
	電話			ふりがな	-----	
				保護者名義		

* 領収書は裏面に添付して下さい。

* 診療後2年を経過したものについては、助成できませんので、ご注意ください。