

子ども医療費(償還払)助成申請兼請求書

年 月 日

朝日町長 あて

〒
 申請・請求 住所
 及び依頼者 氏名
 (保護者) (連絡先 TEL)

印

次のとおり助成金を申請します。

また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。

子 ど も	受給資格証 番号		加 入 保 険	被保険者証 記号・番号	
	氏名			保険種別	国保・協会・組合・その他()
	生年月日	年 月 日		保険者番号	

年 月分 保険診療領収証明書(入院・通院)

子ども氏名		診療日数	日間
保険診療合計点数 (食事療養費除く)	点	医療保険等負担点数 (食事療養費除く)	点
申請者からの領収額 (食事療養費除く)	円	左記金額には保険診療以外は含まれていません。	
診療科目		年 月 日	

上記のとおり領収したことを証明します。

医療機関等の所在地及び名称

医療機関コード

開設者氏名

印

※ 助 成 内 訳	保険診療 合計金額	控 除 額					交付決定額
		保険等負担分	他法公費負担分	一部負担金	附加給付分	計	
	円	円	円	円	円	円	円

振 込 先	口座振替 指定金融機関	銀行 金庫 農協		支店 出張所	
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号(右づめで記入)		
	フリガナ				
	口座名義(保護者のもの)				

- (注)1. この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村から助成を受ける場合に使います。
 (県外の病院等の場合)
2. 病院等でもらった領収書(太枠の欄に準じた項目が記載されたもの。コピー可)を添付してください。
 ただし、領収書を紛失した場合等は、病院等で太枠欄に記載してもらってください。(なお、病院等での記載に際し、別に費用がかかることがありますので事前に確認してください。)
3. 申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行なってください。
4. ※欄は、市町村で記入します。

保護者記入欄

保護者記入欄