

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

日出町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話

下記のとおり、子ども医療費助成金を申請（請求）します。

記

申請者記載欄	受診者	受給者番号		健康保険証	記号番号	
		氏名			被保険者名	
		生年月日			保険者名	
	振込先					
	金融機関		支店	種別	普通・当座	
口座番号		名義人（カナ）				

医療機関等記載欄	診 療（調剤）報 酬 証 明																		
	診療月	年 月 分																	
	区分	診療（調剤）報酬総額	一部自己負担金受領額																
	入院	点又は円	円																
	外来	点又は円	円																
	歯科	点又は円	円																
	調剤	点又は円	円																
	※保険診療内訳		上記のとおり一部負担金を受領しました。																
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">保険診療点数 (重度整備施設療養費等は一部自己負担金を記載)</td> <td colspan="2" rowspan="6" style="vertical-align: top;"> 医療機関等 所在地 名 称 氏 名 電話番号 </td> </tr> <tr> <td>1日目</td> <td>点 (円)</td> </tr> <tr> <td>2日目</td> <td>点 (円)</td> </tr> <tr> <td>3日目</td> <td>点 (円)</td> </tr> <tr> <td>4日目</td> <td>点 (円)</td> </tr> <tr> <td>5日目以降</td> <td>点 (円)</td> </tr> </table>		保険診療点数 (重度整備施設療養費等は一部自己負担金を記載)		医療機関等 所在地 名 称 氏 名 電話番号		1日目	点 (円)	2日目	点 (円)	3日目	点 (円)	4日目	点 (円)	5日目以降	点 (円)	年 月 日		
	保険診療点数 (重度整備施設療養費等は一部自己負担金を記載)		医療機関等 所在地 名 称 氏 名 電話番号																
1日目	点 (円)																		
2日目	点 (円)																		
3日目	点 (円)																		
4日目	点 (円)																		
5日目以降	点 (円)																		
		印																	

備考 診療（調剤）報酬証明欄は、保険医療機関等が発行する領収書の添付に代えることができます。

一部負担金		自己負担額	交付決定額
小・中	円	円	円
未就学	県	0円	円
	町		