

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
連 絡 先
個人番号

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	氏名				
		生年月日		健康 保 険	記号番号	
		受給者番号			被保険者名	
		個人番号			保険者名	
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。（利用する場合は、口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
	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"> <tr> <th colspan="2">保険診療点数 (柔道整復施術療養費等は一部自己負担金を記載)</th> </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 (柔道整復施術療養費等は一部自己負担金を記載)		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)	医療機関等 年 月 日 所 在 地 名 称 氏 名 電話番号 印	
	保険診療点数 (柔道整復施術療養費等は一部自己負担金を記載)															
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)															

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
未就学・	県 円	0円	円
小・中・高	町 円		