

子ども医療費助成申請書

年 月 日

高鍋町長 殿

住 所 _____
 申請者 氏 名 _____
 電話番号 _____
 個人番号 _____

下記の子どもに係る子ども医療費の助成を申請します。なお、この申請に関し、医療機関及び保険者に対し必要な情報を町が調査することについて同意します。

記

申請者記入欄	子ども	受給者番号		医療保険	被保険者証の記号・番号	記号	番号	
		ふりがな			被保険者名			
		氏名			保険種別	協・組・船・共・国・他 ()		
		個人番号			保険者名			
		生年月日	年 月 日		保険者番号		付加給付	有無
	口座振替先	金融機関	銀行・信用金庫 労働金庫・農協		口座の種類	普通 ・ 当座		
					口座名義人			
		支店名			口座番号			
	申請にあたっての確認事項							
	申請額が 21,000円 以上の場合	お子さんの診療費は、自己負担限度額を超えていますか？					(※) はい・いいえ	
	お子さんが診療を受けた月に、同じ保険証に加入の方が21,000円以上の診察を受けており、 お子さんとの合計額が自己負担限度額を超えていますか？					(※) はい・いいえ		

(※) 「はい」を選択した場合、以下のいずれかの書類をご提出ください。

- 高額療養費等支給決定通知書のコピー 高額療養費等支給証明書 その他、支給されたことがわかる書類

【保険診療額領収証明】

医療機関記入欄	診 療 月	年 月分(日間)	区分	入院・入院外・調剤
	保 険 診 療 総 点 数			
	他 法 公 費 負 担 点 数			
	保 険 診 療 一 部 負 担 金			
	指定訪問看護の基本利用料			
	年 月 日	(医療機関等) 所在地 _____ 名 称 _____ 代表者 _____		