こ ど も 医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入してください。

小　山　市　長　様　　年　月　日

受給資格者　住所

（保護者）　氏名

電話

受給資格証番号									加入保険	被保険者氏名							
受診者	フリガナ									保険証 記号－番号							
	氏名									保険者	番　号						
											名　称						
	生年月日	H・R　年　月　日															

振込先 あてはまるものに ○をし、新規・変更有の時のみ振込先を記入してください。	変更無	新規 ・ 変更有	銀行 信金	本店 支店	普通
			(ｶﾀｶﾅで記入) 口座名義		口座番号
一部負担金２万１千円以上支払った家族の有無				有　・　無	

（注）高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

保険診療証明書　　受診者（　　）

保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合 1・2・3 割	特定疾病療養受領証の有無	有・無

診療年月		保険診療合計点数 ※柔道整復師は、保険診療合計額（円）			食事療養費		他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数	回数	金額 (標準負担額)		

年　月　日　医療機関等　所在地

名　称

氏　名　　印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	その他	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円	円