

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、押印してください。

小山市長様 年 月 日

受給資格者 住所 **小山市中央町1-1-1**

(保護者) 氏名 **小山 太郎**

電話 **×××-××××-××××**

「こども医療費受給資格証」を確認してください。

受給資格証番号 **1 2 3 4 5 6 7**

加入者 **小山 太郎**

保険証記号番号 **〇〇-〇〇〇〇〇**

受診者 フリガナ **オヤマ ハナコ**

氏名 **小山 花子**

生年月日 **令和 5 年 6 月 7 日**

保険者 番号 **0 1 2 3 4 5 6 7**

名称 **ABC健康保険組合**

振込先 振込先あてはまるものに〇をし、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 〇〇 **××** 本店 普通

口座名義 **オヤマ タロウ** 口座番号 **9876543**

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・後高 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 年 月 日

・領収書を紛失した場合
・領収書に保険点数等の記載がない場合 など

上記に該当する場合は、こちらに医療機関等から保険点数の証明を受けてください。なお、証明手数料は助成されません。

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	高額療養費	附加給付額	その他	控除額計	
								円
								円
								円

何も記入しないでください。