

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																	
(保護者) 氏名																	
電話																	
受給資格証番号																	
受診者		フリガナ										加入		被保険者氏名			
		氏名										保		記 号 一 番 号			
		生年月日		年		月		日		険		番 号					
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					
								(カキで記入) 口座名義				口座番号					
一部負担金		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 月		保 険 診 療 合 計 点 数		食事療養費		他 法 負 担 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