

子ども医療費助成金請求書

上野原市長 様

下記のとおり支給されるよう申請します。

受付番号	
申請年月日	年 月 日

申請者記入欄	申請者 (保護者)	氏名		受給者番号	
		住所 電話番号	()		加入 保険
	子ども	氏名		記号番号	
		生年月日	年 月 日生	保険名称	

医療機関等記入欄	年 月分		入院時食事療養分	総日数	日	医療機関等の証明 左記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 住所地 名称 代表者 
	区分	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		標準負担額	円	
		窓口負担		<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	総費用	
	診療報酬 請求点数	点	訪問看護療養費	回数	回	
	公費負担	有()円・無	その他	基本利用料	円	

市町村記入欄	療養に要した費用額	円 …(A)	付加給付額(高額療養費)	円 …(D)
	保険者負担額(公費負担含む。)	円 …(B)	入院食事負担額	円 …(E)
	法定一部負担額(A) - (B)	円 …(C)	保護者負担額	円 …(F)
	支給申請額 (C) - (D) + (E) - (F)			円

注

- 1 太枠内を記入してください。また、該当する□内にレ印を記入してください。
- 2 「保険証」と「受給資格者証」を提示してください。