様式第4号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 区分 | □国保　　□協会けんぽ　　□共済組合  □組合健保　　□その他(　　　　　) | | |
| 記号番号 |  | | |
| 子ども | 氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険名称 |  | | |
| 生年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等記入欄 | 年　　月分 | | | | | | | | | | | 入院時食事療養分 |  | | | | | | | | | | | | 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　　　　　　　　　　印 | | | |
| 総日数 | | | | | | |  |  |  | | 日 |
| 区分 | □入院外　□歯科　□薬剤  □入院　□その他(　　　) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 標準負担額 | |  | |  |  | |  |  |  | | 円 |
|  | | | | | | | | | | | |
| 総費用 | |  | |  |  | |  |  |  | | 円 |
|  | | | | | | | | | | | |
| 窓口負担 | □2割　　　□3割 | | | | | | | | | | 訪問看護療養費 |  | | | | | | | | | | | |
| 回数 | | | | | | |  |  |  | | 回 |
| 診療報酬請求点数 |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | 点 | 基本利用料 |  | |  | |  | |  |  |  | | 円 |
|  | | | | | | | | | | | |
| 総費用 |  | |  | |  | |  |  |  | | 円 |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 公費負担 | 有(　　　　　円)・無 | | | | | | | | | | その他 |  | | | | | | | | | | | |
| 負担額 |  | |  | |  | |  |  |  | | 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。