

様式第4号(第5条関係)

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、押印して下さい。 |     |    |  |  |            |  |  |  |  |
| 那珂川町長 様               |      |  |  |  |                |       |  |  |  | 令和 年 月 日             |     |    |  |  |            |  |  |  |  |
| 受給資格者<br>(申請者)        |      |  |  |  |                |       |  |  |  | 住所 那珂川町              |     |    |  |  |            |  |  |  |  |
|                       |      |  |  |  |                |       |  |  |  | 氏名<br>電話             |     |    |  |  |            |  |  |  |  |
| 公費番号                  |      |  |  |  |                |       |  |  |  | 加入保険                 |     |    |  |  | 被保険者氏名     |  |  |  |  |
| 受給者番号                 |      |  |  |  |                |       |  |  |  |                      |     |    |  |  | 保険証記号番号    |  |  |  |  |
| 受診者                   | 氏名   |  |  |  |                | 年 月 日 |  |  |  |                      | 保険者 | 番号 |  |  |            |  |  |  |  |
|                       | 生年月日 |  |  |  |                |       |  |  |  |                      |     | 名称 |  |  |            |  |  |  |  |
| 振込先                   |      |  |  |  | 銀行             |       |  |  |  | 支店                   |     |    |  |  | 預金種別 普通・当座 |  |  |  |  |
|                       |      |  |  |  | (フリガナ)<br>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、押印して下さい。  |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |
| 保険診療証明書  |   |          |      |  |           |  |  |      |  |                       |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |
| 保険種類     |   |          |      |  | 国保・社保・その他 |  |  |      |  | 自己負担割合 1・2・3 割        |  |        |  |  | 特定疾病療養受療証の有無 有・無 |  |    |  |  |  |  |
| 診療年月     |   | 保険診療合計点数 |      |  |           |  |  |      |  |                       |  | 他法負担点数 |  |  |                  |  | 備考 |  |  |  |  |
| 年        | 月 | 入院日数     | 入院点数 |  |           |  |  | 外来点数 |  |                       |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |
|          |   |          |      |  |           |  |  |      |  |                       |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |
|          |   |          |      |  |           |  |  |      |  |                       |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |
|          |   |          |      |  |           |  |  |      |  |                       |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |
|          |   |          |      |  |           |  |  |      |  |                       |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |
| 計        |   |          |      |  |           |  |  |      |  |                       |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |
| 令和 年 月 日 |   |          |      |  |           |  |  |      |  | 医療機関等 所在地<br>名称<br>氏名 |  |        |  |  |                  |  |    |  |  |  |  |

※受診者名・保険点数・負担割合などが記載され領収印のある領収書の場合は、原本を添付することで証明にかえることができます。

| 助成内容 | 保険診療合計金額 | 一負担部額 | 控除額の内訳 |       |      |         |      | 医療費助成額 |
|------|----------|-------|--------|-------|------|---------|------|--------|
|      |          |       | 他法負担額  | 高額療養費 | 附加付額 | 自己負担控除額 | 控除額計 |        |
|      | 円        | 円     | 円      | 円     | 円    | 円       | 円    | 円      |
|      |          |       |        |       |      |         |      |        |
|      |          |       |        |       |      |         |      |        |
|      |          |       |        |       |      |         |      |        |
|      |          |       |        |       |      |         |      |        |
|      | 計        |       |        |       |      |         |      |        |