

見本

子ども医療費助成申請書

平成 年 月 日

住所 玉東町大字 木葉759

申請者

氏名 玉東 児郎 (印)

下記のとおり、医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

Table with columns for Name (玉東 みかん), Birth Date (平成 17 年 9 月 1 日生), Insurance Type (政・健保組・共・国保), Insurance Certificate No. (玉あい 21), and Insurance Agency (〇〇社会保険事務所).

Table for medical treatment details with columns: Treatment Month (平成 21 年 4 月分), Days (3, 3, 7, 1), Medical Institution (〇〇耳鼻咽喉科医院, 〇〇調剤薬局, 〇〇病院, 〇〇病院), Total Points, and Rate/Partial Burden.

診療費請求書兼領収書 (Medical Fee Request Form and Receipt) with fields for Date, Name, Insurance Type, and Burden Ratio.

Table for medical charges with columns: Insurance Applicable (保険適用) and Insurance Inapplicable (保険適用外). Rows include Examination, Guidance, Inpatient, etc.

領収証 (Receipt) with columns for Patient No., Name, Date, and various medical charges like Initial Consultation, Re-consultation, etc.

Table for partial burden and high medical care charges with columns: Partial Burden (一部負担金 ①) and High Medical Care Charge (高額療養費 ②).

〇〇〇病院 (Seal) and text: 上記のとおり請求いたします。 ※領収証の再発行は致しかねますので大切に保存して下さい。

- 1. 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費又...
2. 申請者の部分と太字で囲んである欄を記入し、領収証(受診者氏名・健康保険点数・受診年月日の記載があるもの)を添え、ひと月にかかった医療費分はまとめて申請をしてください。
3. 申請書提出の際には必ず印鑑をご持参ください。