様式第4号(第4条関係)

子ども医療費助成申請書

年　　月　　日

　　玉東町長　　　　様

住所　玉東町大字

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏名 | 　 | 加入保険 | 保険種別 | 国保・協会けんぽ健保組合・共済その他（　　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 保険証記号・番号 | 　 |
| 受給資格者証番号 |  | 保険者名 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療月 | 年　　　　月分　　　 | 　 |
| ○を付ける | かかった日数 | 医療機関名 | ※総点数 | ※定率一部負担金 |
| 1　通院2　入院3　調剤 | 日 | 　 | 点 | 円 |
| 1　通院2　入院3　調剤 | 日 | 　 | 点 | 円 |
| 1　通院2　入院3　調剤 | 日 | 　 | 点 | 円 |
| 1　通院2　入院3　調剤 | 日 | 　 | 点 | 円 |
| 1　通院2　入院3　調剤 | 日 | 　 | 点 | 円 |
| 1　通院2　入院3　調剤 | 日 | 　 | 点 | 円 |
| 1　通院2　入院3　調剤 | 日 | 　 | 点 | 円 |
| 1　通院2　入院3　調剤 | 日 | 　 | 点 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※町記入欄 | 一部負担金① | 高額療養費② | 附加給付額③ | 総医療費 | 県補助基本額 | 助成額①－(②＋③) |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 課・非 | 　 | 　 |

1　医療保険各法の規定に基づき、高額療養費又は家族療養給付金等の附加給付を受けることができる場合は、その支給決定通知書等を添付してください。

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。

　　　　　　　　　　　(上記記載のない領収証については、払い戻しができない場合があります。)

3　申請書提出の際には必ず印鑑をご持参ください。