

こども医療費助成申請書

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。 令和 年 月 日 </div>									
真岡市長様 受給資格者 (申請者)					住所 真岡市 氏名 電話				
公費番号		受給者番号		加入保険		被保険者氏名			
						保険証記号番号			
受診者	氏名			加入保険		番号			
	生年月日 H・R 年 月 日					名称		共済組合 健康保険組合 国民健康保険・真岡市 全国健康保険協会 () 支部	
振込先 ※新規、変更のある方のみ記入してください。		<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更		銀行 支店 信用組合 支所 農業協同組合 出張所		預金種別		普通・当座	
				(フリガナ)		口座番号			
		口座名義							
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。									
<h3 style="margin: 0;">保険診療証明書</h3>									
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				食事療養費		他法負担点数	備考
年	月	入通院日数	入院点数	外来点数	日数(回数)	金額(標準負担額)			
計									
年 月 日									
医療機関等 所在地 名称 氏名									
								印	

※領収書は裏面に貼付してください。

助成内容	保険診療合計金額 円	一部負担額 円	控除額の内訳				控除額計 円	医療費助成額 円
			他法負担額 円	高額療養費 円	附加給付額 円	自己負担控除額 円		
食事療養費								
計								