

こども医療費助成申請書

申請者記入欄											
学校内で発生したケガや病気ですか						はい			いいえ		
自己負担金 2万1千円以上支払った家族の有無						有 (月)			無		
真岡市長様						令和 年 月 日					
申請者 (受給資格者)						【住所】 真岡市					
						【氏名】					
						【電話】 () (続柄)					
(連絡が取りやすい方)											
公費番号				記号 — 番号				—			
受給者番号				被保険者氏名							
受診者	氏名			加入保険	保険者番号						
	生年月日 (平成・令和) 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		<input type="checkbox"/> 変更なし		金融機関名		支店名					
新規、変更がある方のみ記入		<input type="checkbox"/> 新規		フリガナ		預金種別		当座・普通			
		<input type="checkbox"/> 変更		口座名義		口座番号					

●高額療養費に該当した場合は、支給決定通知書を添付してください。

医療機関記入欄				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				特定疾病療養受領証 (有・無)							
診療年月等				保険診療合計点数				食事療養費				備考			
年	月	初診日	日数	入院点数		外来点数		回数	金額						
		/	日	点		点		回	円						
		/	日	点		点		回	円						
		/	日	点		点		回	円						
		/	日	点		点		回	円						
令和 年 月 日				医療機関等 所在地											
				名称											
				氏名				印							

事務処理欄						
保険診療合計点数	一部負担額	控除額の内訳			食事療養費	医療費助成額
		高額療養費	付加給付額	他法負担額		
点	円	円	円	円	円	円