

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てください。									
令和 年 月 日									
真岡市長様					住所 真岡市				
受給資格者 (申請者)					氏名				
					電話				
公費番号						被保険者氏名			
受給者番号						保険証記号番号		—	
受診者	氏名		加入保険		番号		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		
	生年月日								
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		預金種別 普通・当座	
				信用組合		支所			
				農業協同組合		出張所			
		(フリガナ)				口座番号			
		口座名義							
学校内で発生したケガや病気かどうか								はい・いいえ	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無								有・無	

※高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書またはその写しを添付してください。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。 裏面に領収書添付の際は、記入不要です。									
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			食事療養費		他法負担点	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									

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