

様式第4号（第6条関係）

こども

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。									
大田原市長 様		受給資格者 住所		年 月 日							
		(申請者) 氏名									
		電話									
公 費 番 号											
受 給 者 番 号											
受 診 者		こども氏名									
		生 年 月 日		H・R 年 月 日							
加 入 保 険		被 保 険 者 氏 名									
		被 保 険 者 個 人 番 号									
		記 号 番 号		受給資格者証に同じ							
		保 険 者 名 称									
振 込 先		医療費助成指定口座									
		一部負担金21,000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ください。
 ・領収書で申請する場合にもこの用紙は必要です。

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。(月ごとの合計点数を記載してください)									
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						他法負担点数		備 考	
年	月	入院 日数	入院点数			外来点数					
年 月 日		医療機関等 所在地 名 称 氏 名									
		㊟									

助 成 内 容	保険診療合計金額	一部負担額	控 除 額 の 内 訳					医療費助成額
	円	円	他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	控除額計	円
			円	円	円	円	円	円