様式第４号(第６条関係)

こども医療費助成申請書

こ

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい

年　月　日

大田原市長様

受給資格者（申請者）　住所
氏名　㊞
電話

公費番号		
受給資格者証番号		
対象者	こども氏名	
	生年月日	年　月　日
加入保険	被保険者氏名	受給資格者証に同じ
	保険証記号番号	
	保険者名称	
振込先	金融機関名	銀行・信金　本店 信組・農協　支店　預金種別　普通　当座
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	口座番号
	口座名義	
一部負担２１，０００円以上支払った家族の有無		有・無

指定口座

医療機関記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい

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
			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	円