

子ども医療費助成申請

記入要領

| | | | |
|--------------|----------|---------|-------------------|
| 子ども医療費受給者証番号 | 5555 | 健康保険の種類 | 国保・ <u>社保</u> ・共済 |
| フリガナ | アサギリ ハナコ | 男・女 | 生年月日 |
| 子ども氏名 | 朝霧 花子 | | |

※医療機関ごとに1月の合計額を、同じ医療機関でも通院と入院は分けて記入してください。

| 医療機関名(店舗名まで) | 診療月 | 医療費総額(1点=10円) | 一部負担金(保険対象内) |
|--|-------|---------------|--------------|
| 〇〇病院 入院・歯科 | 〇年 5月 | 5,600円 | 1,680円 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 入院・歯科の場合は「入院」、「歯科」に○をしてください。 </div> | 〇年 6月 | 4,000円 | 1,200円 |
| | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| △□薬局〇店 入院・歯科 | 〇年 5月 | 3,200円 | 960円 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |
| 医療機関名 | 診療月 | 医療費総額 | 一部負担金 |

入院・歯科の場合は「入院」、「歯科」に○をしてください。

医療機関1か月分ごとに記入してください。店舗名がある場合は記入してください。

領収証の合計額(点数)を記入してください。1点=10円です。

助成対象の負担金額の欄を記入してください。自費や容器代等の保険外分は含めないでください。

上記のとおり療養の給付を受けましたので、助成金を申請します。

あさぎり町長 様

令和 年 月 日

住所：あさぎり町〇〇〇番地〇

氏名： 朝霧 太郎

電話番号： (できれば携帯番号をお願いします)

印

- (注) 1. 子ども医療費助成は、通院・入院等にかかる医療費について助成し、対象年齢は、満15歳に達する日以後の最初の3月31日までになります。
2. 診療を受けた月の翌月から起算して6か月を過ぎると助成できませんのでご注意ください。
3. 領収証、医療機関の証明を添付してください。