

子ども医療費(償還払)助成申請兼請求書

年 月 日

射水市長 あて

申請・請求
及び依頼者
(保護者)

〒
住 所
氏 名

(連絡先TEL

印

次のとおり助成金を申請します。

また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。

子 ど も	受給資格証 記号番号		加 入 保 険	被保険者証 記号・番号	
	氏 名			保 険 種 別	国保・協会・組合・その他()
	生年月日	年 月 日		保 険 者 番 号	

年 月分 保険診療領収証明書(入院・通院)

子 ども 氏 名		診 療 日 数		日 間	
保険診療合計点数 (食事療養費除く)	点	医療保険等負担点数 (食事療養費除く)	点	他法による 公費負担額	点
申請者からの領収額 (食事療養費除く)	円		左記金額には保険診療以外は含まれていません。		
診 療 科 目			年 月 日		

上記のとおり領収したことを証明します。

医療機関等の所在地及び名称
医療機関コード
開設者氏名

印

※ 助 成 内 訳	保 険 診 療 合 計 金 額	控 除 額					交 付 決 定 額
		保 険 等 負 担 分	他 法 公 費 負 担 分	一 部 負 担 金	附 加 給 付 分	計	
	円	円	円	円	円	円	

振 込 先	口 座 振 替 指 定 金 融 機 関		銀行 金庫 農協	支 店 出 張 所
	指 定 口 座	1 普通 2 当座	口座番号(右つめで記入)	
	フリガナ			
	口座名義 <small>(保護者のもの)</small>			

- (注) 1 この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村から助成を受ける場合に使います。(県外の病院等の場合)
- 2 病院等でもらった領収書(太枠の欄に準じた項目が記載されたもの)を添付してください。ただし、領収書を紛失した場合等は、病院等で太枠欄に記載してもらってください。(なお、病院等での記載に際し、別に費用がかかることがありますので事前に確認してください。)
- 3 申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行なってください。)
- 4 ※欄は、市町村で記入します。