

子育て支援医療費助成申請・請求書

苓北町長 様  受給者(保護者) 住所 苓北町 氏名 TEL  下記のとおり申請・請求します。	平成 年 月 日     印
--	-------------------------------

※受給者記載欄	受給者証番号		保 険 者		□	苓北町	国民健康保険	ひとり親家庭 医療該当
	子どもの氏名			□	( )	社会保険事務所	有・無	
	生年月日			□	全国健康保険組合	( )	支部	受給者番号
			□	( )	共済組合			
		□	( )	健康保険組合				
			コード					

医 療 機 関 記 載 欄	診療年月	年	月	分	患 者 氏 名				
	区 分	日 数	医療費総点数		他の法律によって 負担した額	一 部 負 担 金 額			
	入 院	日	点		円	円			
	入院外	日	点		円	円			
	上記のとおり証明します。								
			年	月	日	取扱い医療機関			
						所在地			
						名称	印		
						TEL			
						医療機関コード	( )		
区 分	日 数	医療費総点数		他の法律によって 負担した額	一 部 負 担 金 額				
調 剤	日	点		円	円				
上記のとおり証明します。									
		年	月	日	処方医療機関名				
					取扱い調剤薬局				
					所在地				
					名称	印			
					TEL				
					医療機関コード	( )			

町 記 載 欄	区分	一部負担金額	高額療養費	附加給付額	その他控除額	支給決定額	備考
	入 院						
	入院外						
	調 剤						

- 注1 ※印のある欄は、申請者が記入してください。
- 注2 申請書提出の際は、確認のため必ず受給者証をご持参ください。
- 注3 医療保険各法の規定に基づき、高額医療費・附加給付の支給を受ける場合は、支給決定通知書等を添付してください。
- 注4 町への申請は、診療月の翌月から1年以内が期限となりますのでご注意ください。