

小菅村こども医療費助成金支給申請書

下記のとおり支給されるよう申請します。

申請 年月日	年 月 日
-----------	-------

申請者記入欄	申請者 (保護者)	氏名		加入 保 険	区 分	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 協会健保
		住 所				<input type="checkbox"/> 組合健保	<input type="checkbox"/> 共済健保
		電 話 番 号				<input type="checkbox"/> その他	
	受診者 (こども)	氏名			保険証番号		
		生 年 月 日	年 月 日生		保 険 名 称		
医療機関等記入欄	年 月分		入院時食事療養分 訪問看護療養費	総 日 数	円	医療機関の証明 左記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日	
	区 分	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤		基 準 負 担 額	円		
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		総 費 用	円		
	窓口負担	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		回 数	円		
	診療報酬 請求点数	点		基本利用料	円		
公費負担	有(円)・無 / 負担額	総 費 用	円	住所 地 名 称	代 表 者	印	
役場記入欄	A 医療に要した費用額	円	D 付加給付額(高額療養費)	円			
	B 保険者負担額	円	E 保護者負担額	円			
	C 本人負担額(A-B)	円	助成金請求額(C-D-E)	円			