

都留市すこやか子育て医療費助成金支給申請書

申請者記入欄	フリガナ		保 険 区 分		被保険者証等の記号番号	医 療 保 険 の 名 称	
	小児等氏名		<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 国保組合	(記号)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	
	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 健保組合	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	(番号)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	
			<input type="checkbox"/> 共済組合			<input type="checkbox"/> 共済組合	
			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部	
保険医療機関等記入欄	年 月分	診療日数	区分等		保険医療機関等の証明		
	診療報酬請求点数 [][][][][][] 点	日間	<input type="checkbox"/> 医科入院	<input type="checkbox"/> 医科外来	左記のとおり相違ないことを証明する。		
	療養に要した費用額 [][][][][][] 円	窓口負担	<input type="checkbox"/> 歯科入院	<input type="checkbox"/> 歯科外来	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 薬剤	<input type="checkbox"/> その他()	所在地:		
		<input type="checkbox"/> 3割			名 称:		
					代表者名: ㊟		
申請者記入欄	上記のとおり申請します。					受付年月日	
	都 留 市 長 様 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電 話 ㊟ 記名押印に代えて署名することができます。						

市記入欄 (助成金算定)	療養に要した費用額 A	保険者負担額 B	一部負担金(計算値) C(A-B)	附加給付 D	高額療養費 E	その他(訪問看護療養費等) F
	円	円	円	円	円	円
	算定額 G(C-D-E+F)	一部負担金(実負担額) H	助成金支給決定額	備考		
	円	円	円			

●申請者は申請者記入欄(太枠内)のみボールペン等で記入してください。●申請の際は受給資格者証(証明書)及び被保険者証をお持ちください。●保険医療機関等で証明を受けられない場合は、診療報酬明細点数が記載された領収書を添付してください。●申請書は月ごと医療機関ごとに1枚ずつ必要となります。●助成金の請求期間は、療養を受けた日の属する月の翌月から2年以内となります。●他制度から医療費の給付等がある場合は、申請時に支給決定通知書等のコピーを添付してください。●保険診療による一部負担金の額が高額(21,000円以上)となる場合には、高額療養費等の額を照会するための同意書を添付してください。●助成金の支給後に生じた事由により、助成金の全部若しくは一部を返還していただく場合があります。●本申請書は、受診日の翌月以降に提出してください。