様式第6号(第9条関係)

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 | | | 被保険者等記号番号 | | | | 医 療 保 険 の 名 称 | | |
| 子ども  氏名 | |  | | | □国保　　　□国保組合  □健保組合　□協会けんぽ  □共済組合  □その他(　　　　　　　　) | | | （記号） | | | | □ 国民健康保険組合  □ 健康保険組合  □ 共済組合  □ 全国健康保険協会　　　　　　　　　　支部 | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | （番号・枝番） | | | |
| 保険医療機関等記入欄 | 年　　　月分  診療報酬請求点数   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | 点 |   療養に要した費用額   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | 円 | | | | | 診療日数  日間 | | | | | | 保険医療機関等の証明  左記のとおり相違ないことを証明する。  年　　　月　　　日  所在地：  名　称：  代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |
| 窓口負担  □ 2割  □ 3割 | | 区分等  □医科入院　□医科外来  □歯科入院　□歯科外来  □薬剤  □その他（　 　　 　） | | | |
| 申請者記入欄 | | | | | | | | | 受付年月日 | |
| 入院時食事療養費分  総日数   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | 日 |   　標準負担額   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | 点 |   　 総費用   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | 円 | | | | | 左記のとおり申請します。    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  円 | | 保険者負担額 B  円 | | | | 一部負担金（計算値） C(A-B)  円 | | 附加給付 D  円 | | 高額療養費 E  円 | | | その他（訪問看護療養費等） F  円 |
| 算定額 G(C-D-E+F)  円 | | 一部負担金（実負担額） H  円 | | | | 助成金支給決定額  円 | | 備考 | | | | | |

●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。