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。