様式第４号(第４条関係)

記入例【償還払い用】

お子さん１人１月ごと、１種類の病院（医院）、歯科、薬局ごとに１枚の申請書が必要です。

こども医療費助成申請請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　美里町長　上田　泰弘　様  申請請求者  住所　**美里町佐俣３３８番地**  氏名　**美　里　一　郎**  　こども医療費の助成を受けたいので、関係書類を添え申請請求します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象者 | 受給者証番号 | | **○○○○○○○**  **受給者証の番号を記入** | | | | | | 保険者 | | 保険者名  （加入保険） | | | **・全国健康保険協会○○支部**  **・○○健康保険組合**  **・国民健康保険（美里町）など** | |
| 氏名 | | **美　里　　太　郎**  **（お子さんの氏名）** | | | | | |
| 被保険者証  記号・番号 | | | **○○○**  **記号・番号は二段書きで**  **○○○○** | |
| 生年月日 | | **令和○○**年**○○**月**○○**日生 | | | | | |
| 区　分 | | ※一部負担金の額(円) | | | ※高額療養費の額（円） | | ※附加給付金の額（円） | | | ※その他の控除額（円） | | | ※助成決定額（円） | | 備　考 |
| 入　院 | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  |
| 入院外 | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  |
| 計 | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  |
| 領収書  助成対象者(患者名)  　　　令和　　年　　月分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | 医療費総点数(点) | | | | 法令等による公費  負担金の額(円) | | 保険者負担分(円) | | | | 一部負担金の額  (患者負担額)(円) | | | 備考 |
| 入院 | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  |
| 入院外 | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  |
| 計 | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  |
| 上記のとおり領収しました。  令和　　年　　月　　日　　　保険医療機関  所在地  名称  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　太枠の中は申請請求者が記入する。

　　　２　領収書は、保険医療機関で記入すること。

　　　３　※欄は、記入しないこと。