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。