

子どもの医療費助成申請書

年 月 日

江北町長 様

申請者 住所 江北町大字

(保護者) 氏名

電話 ()

次のとおり医療費の給付を受けたいので申請します。

子 ど も	証 番 号		加 入 保 険	記 号 ・ 番 号	-
	氏 名			被保険者氏名	
	生年月日	年 月 日		保 険 者 番 号	
				保 険 種 別	国保 ・ 社保 ・ その他
※必ず☑を記入してください。 1. 学校での疾病 ☐はい ☐いいえ 2. 振込口座 ☐前回申請時の口座 ☐下記口座（通帳の写しを添付してください。）					
振 込 先	銀行	本店	口 座 番 号		
	農協	支店	フリガナ		
	金庫	支所	口座名義人		
	組合	出張所			

注意事項 ※ この申請書は、医療機関（総合病院は診療科）ごと、月ごとに1枚必要です。
 ※ 医療費を支払った月の翌月から1年以内に申請してください。
 ※ 医療機関の「証明」又は領収書の添付が必要です。

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 （ 領 収 ） 証 明				
診 療 区 分	年 月 分	入院外（ ☐ 医科 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ 訪問看護・柔整等 ）		
診 療 区 分	入 院	月の1回目	月の2回目	月の3回目以降 （ 日間 ）
保 険 診 療 総 点 数	点	点	点	点
他 法 公 費 負 担 点 数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 代表者 印				

[町記入欄]

	給 付 決 定 欄				
	総医療費	一部負担金	高額・付加・公費	自己負担額	支 給 決 定 額
保 険 診 療	円	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	