

子ども医療費助成申請書

申請者記入欄										令和〇〇年〇〇月〇〇日																			
矢板市長様										受給資格者住所 矢板市本町5-4 (申請者)氏名 矢板太郎 電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇																			
公費番号		最初が		60		か		80		加入保険		被保険者氏名				矢板太郎													
受給者番号		〇〇		〇〇		〇〇		〇〇				記号番号				〇〇〇〇-〇〇〇〇													
受診者	氏名		矢板花子								加入保険	番号		1		2		3		4		5		6		7		8	
	生年月日		〇〇年〇〇月〇〇日									名称		〇〇健康保険組合															
振込先		申請の際に指定いただいた口座になります。																											
他公費制度の利用状況について、矢板市が確認することに同意します。										チェック欄		<input checked="" type="checkbox"/>		学校内で発生したけがや病気ですか。										はい <input checked="" type="radio"/> いいえ					
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有・無		<input checked="" type="radio"/>		交通事故等によるけがですか。										はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ					

(注)・高額療養費及び付加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。  
 ・他公費制度とは、日本スポーツ振興センター災害共済給付制度、自立支援医療制度、特定疾患医療費助成制度等です。

医療機関等記入欄										※点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。																											
保険診療証明書																																					
保険種別		国保・社保・その他								自己負担割合				1・2・3割				特定疾病療養受給証の有無								有・無											
診療年月		保険診療合計点数																								食事療養費								他法負担点数		備考	
年	月	入院日数	入院点数				外来点数				回数		金額(標準負担額)																								
計																																					
年 月 日										医療機関等 所在地 名称 氏名 <span style="float: right;">印</span>																											