

児童医療費助成申請書

学校内で発生したけがや病気ですか

はい・いいえ

申込者記入欄

※児童医療費受給資格証を見て、太枠の枠内のみ記入してください。

年 月 日									
さくら市長 様									
受給資格者住所 (申請者)					さくら市				
氏名									
電話									
公費番号									
受給者番号									
受診者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日		年 月 日						
		加入保険		被保険者氏名					
				記号番号					
				番 号					
				保 険 者 名 称		健康保険組合 国民健康保険 共済組合 全国健康保険協会 支部			
振込先		銀行		支店		預金種別		普通・当座	
※出生や転入時に登録された指定口座に振込みます。									
口座名義(フリガナ)					口座番号				
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無							有・無		

(注)高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄

※領収書の紛失等の場合は、医療機関や薬局で保険診療の点数証明を受けてください。

保 険 診 療 証 明 書										
保険種類	国 保 ・ 社 保 ・ そ の 他			自己負担割合 1・2・3 割			特定疾病療養受領書の有無 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)			
平成 年 月 日										
医療機関等					所在地 名 称 氏 名					
印										

領収書は、はずせるもの(クリップ・ホチキス等)でこの部分に止めてください。