

子ども医療費助成申請書兼請求書

【医療機関へのお願い】

これは熊本県菊池郡大津町が、子どもの健康を確保し、実施する制度で、
子どもが治療を受けた場合、その本人負担額を大津町が負担する制度で、
欄にご記入くださるようお願いいたします。

(年 月分)

※医療費の申請は、診療を受けた日の属する月の末日から起算して6ヶ月以内に申請してください。印は使用できません。

氏名及び生年月日	大津太郎		平成(令和)	元	年	5	月	1	日生
保険証の記号番号	記号	1234567	番号	123					
保険者番号	01430016			保険者名	全国健康保険協会 熊本支部				
診療年月日	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (日間)								
入・通院等	加入保険証の番号(普通は、健康保険証の一番下のほうに記入してあります。)			3. 歯科	4. 調剤				
治療にかかった総額				円					
保険で支払われる費用額				円					
他の	加入保険の保険者名(普通は、保険者名の右側くらいに記入してあります。)			円					
患者が負担した費用額(保険適用分)				円					
入院日数	日	附加給付金		円					
上記のとおり相違ありません。									
令和 年 月 日				ここは、医療機関からの証明ですので、個人では記入しません。					
医療機関コード									
医療機関名				印					
TEL									
大津町長 様				この金額欄は、個人では記入しないでください。					
一金				円					
上記の金額を申請、請求いたします。									
令和 年 月 日				受給者とは、保護者の方です。(お子さんの子ども医療費受給者証の受給者の欄に名前が記載されている方。)					
【受給者】				住所 菊池郡大津町					
				氏名					
大津町長 様				TEL					
				『認印』(シャチハタ印等浸透印は不可)					
付加給付確認欄	無	有	高額(合算)確認欄	無	有	受給者番号			