

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 **医療を受けられたお子様の名前** 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 **お子様の健康保険証の記号・番号**
欄にご記入くださるようお願いいたします。

(年 月分)

※助成金の申請は、診療を受けた日の属する月の末日から起算して一年以内に申請してください。印は鑑を持参できません。

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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)				
入・通院等	柔整 5. 補装具 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来				
治療にかかった総額	お子様の健康保険証の保険者番号(通常、健康保険証の一番下のほうに記入してあります。)				円
保険で支払われる費用額					円
他の法律によって負担した費用額	お子様の健康保険の保険者名(通常、保険者名の右側くらいに記入してあります。)				
患者が負担した費用額(保険適用分)	※ここに個人の名前が記入されることはありませんので注意してください。				
入院日数	日	附加給付金	円		

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関コード

医療機関名

TEL

大津町長 様

一 金 円

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。

この金額欄は、個人では記入しないでください。

上記の金額を申請、請求いたします。

年 月 日

【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)

受給者とは、お子様の保護者・養育者の方です(お子様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)。

附加給付確認欄	無	有	高額(合算)確認欄	無	有	受給者番号	
---------	---	---	-----------	---	---	-------	--