

## 子ども医療費助成申請書

妙高市長 宛て

次のとおり医療費の助成を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (受給者)	住 所	〒 妙高市		
	氏 名	Ⓜ (自署した場合は押印不要)		電話番号
子ども	氏 名	生 年 月 日		受 給 者 番 号
		平成 令和	年 月 日	
加入医療 保険	妙高市 ・ 全国健康保険協会 共済組合 健康保険組合 国民健康保険組合	支 部	記 号	番 号
			被保険者氏名	
振込指定 金融機関 (受給者)	銀行・信組  金庫・農協	本店	口座番号	普通
		支店	フリガナ	
		出張所	口座名義人	
※上記口座は市で登録管理し、市からの振込のみに使用します。口座の閉鎖をした場合はご連絡ください。				
受診年月	平成 令和	年 月	医療機関名	

- (注) 1 受診した月ごとに1枚提出してください。  
 2 医療機関ごと (入院・通院ごと) に1枚必要です。  
 3 太線の枠内を記入してください。

市確認欄	債権者コード		助成決定額	円
------	--------	--	-------	---

領 収 書 等 添 付

以下の内容がわかる領収書等を添付した場合は、医療機関等からの記入を省略できます。

平成 年 月 診療分		点 数	領収済負担額	
外来 調剤	月の初回受診日の保険診療分	点	円	
	月の2回目受診日の保険診療分	点	円	
	月の3回目受診日の保険診療分	点	円	
	月の4回目受診日の保険診療分	点	円	
	月の5回目以降受診日の保険診療分	点	円	
	1か月間の保険診療合計	点	円	
入院	入院期間	月 日 ~ 月 日	再入院期間	月 日 ~ 月 日
	入院日数	入院中の保険診療分	点 数	領収済負担額
	日間		点	円
	(標準負担額減額認定証所持者) 食事療養を受けた回数			回 (うち長期 回)

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日

医療機関等 所在地  
 名 称  
 氏 名