

子ども医療費助成申請書（未就学）

学校に災害共済の請求はしていませんか？
子ども医療費と二重に請求することはできませんのでご注意ください。

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入してください。

茂木町長 様										受給資格者 住 所										年	月	日							
										(申請者) 氏 名																			
										電話番号																			
公 費 番 号		6	0	0	9	0	6	2	8	被 保 険 者 氏 名																			
受 給 者 番 号												保 険 証 記 号 番 号																	
受 診 者	フリガナ 氏 名												保 険 者 番 号																
	生 年 月 日		年 月 日										保 険 者 名 称																
振 込 先		銀 行 名		銀行										支 店		預 金 種 別		普通 ・ 当 座											
※新規・変更の方のみ		フリガナ 口座名義												口 座 番 号															
同じ月に同じ保険証の家族(70歳未満)で一部負担金2万1千円以上の自己負担を支払った人															有 ・ 無														

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

医療機関等記入欄

※二重線の枠内のみ記入・押印してください。点数は右詰で記入し、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		特定疾病療養受療証			有・無	
診療年月	入院日数	保 険 診 療 合 計 点 数				食 事 療 養 費		他 法 負 担 点 数	一 部 負 担 金	備 考						
		入院点数		外来点数		回数	金額(標準負担額)									
年 月 日		医療機関等				所在地										
						名 称										
						氏 名										

助成内容	保険診療合計金額 ①	一部負担金 ②	控除額の内訳					控除額計③	医療費助成額 ②-③
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	自己負担控除額	その他		
食事療養費									
食事療養費									
食事療養費									
食事療養費									
食事療養費									

<単位は円>