

こども医療費助成申請書

記入例

受給者	3歳未満・就学前 <u>小学生</u> 中学生・多子世帯				被保険者氏名	保険証の被保険氏名
	受給番号	7	○	○	○	○
	住所	亀岡市 ○○町○○ ○○○ ○○-○○			被保険者名	例: 全国健康保険協会 ○○支部
	氏名	亀岡 一郎 <small>申請者との続柄 (子)</small>			(保険者番号)	(○○○○○○○○)
生年月日	H○○ ○○月 ○○日			記号・番号	★★★★★ ▲▲▲	
				種類	組・ <u>政</u> ・船・共・国	

下記診療報告書により、こども医療の助成を申請します。
 なお、本申請に関して、加入する健康保険の保険者や医療機関等に対して、亀岡市が確認を行うことに同意します。

H○○年 ○○月 ○○日 〒 621 - ○○○○
 住所 亀岡市 ○○町○○ ○○○ ○○-

同じ名前でご記入して下さい

(宛先) 亀岡市長

申請者 氏名 亀岡 太郎 (印)
 (保護者) 電話 ▲▲▲▲(▲▲) ▲▲▲▲

シヤチハタ以外の印鑑

振込口座	金融機関名	種別	口座番号	名義人 (カタカナ)
	■ ■ ■ 銀行 農協 信用金庫 金庫	本店 支店	普通 当座	☆☆☆☆☆☆☆☆ カメオカ タロウ 亀岡 太郎

診療報告書 (総医療点数は保険診療適用分についてのみ記入してください。)				
医療機関記入欄	診療月	年 月分	診療日	療数
	診療の種類	医科()・歯科・調剤・その他	他方負担	点 (円)
	入院・入院外	入院・入院外	所在地	
	総医療点数	点	名称	
	内当該初回数	(点)	開設者氏名	Ⓜ
※決定	国社保	自己負担額 ①	高額療養費 ②	附加給付額 ③
	1 割			一部負担額 ④
	2 割	円	円	円
	3 割			円
公費負担 ⑤	円	支給決定額 ① - ② - ③ - ④ - ⑤		円
備考				審査印

(注) ・ 太枠のみすべてご記入ください。 ※欄は記入しないでください。
 この申請書は、医療機関で現金を支払った場合に提出するものです。
 ・ 領収書の添付が必要です。(ただし、領収書の添付が不可能な場合は、必ず上記診療報告書欄に、医療機関等で証明をもらってください。)
 ・ 当該月の初回点数は、一部負担金を算出するためのものです。