

こども医療費助成申請書

受給者	3歳未満・就学前・小学生・中学生・多子世帯				被保険者氏名	
	受給者番号				被保険者名	
	住所	亀岡市				
	氏名	申請者との続柄 ()			記号・番号	
	生年月日	年	月	日	種類	組・政・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。

年 月 日 年 月 日 住所

申請者 氏名 印
 (保護者) _____
 電話 ()

(宛先) 亀岡市長

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 普通 支店 当座		

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	氏名	
	診療の種類	医科 () ・ 歯科 ・ 薬剤 ・ その他	他方負担	点 () 円		
	入院・入院外の別	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	⑩		

年 月 日 上記のとおり報告します。

※決定	国保	自己負担額 ①	高額療養費 ②	附加給付額 ③	一部負担額 ④
	1 2 3	割 割 割	円	円	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。)
 ・ 当該月の初回数、一部負担金を算出するためのものです。