

こども医療費助成申請書

受給者	該当するものに○をしてください	入院 ・ 入院外（通院） 3歳未満・就学前・小学生・中学生・多子世帯	被保険者	被保険者氏名	
	受給者番号			保険者名 (保険者番号)	( )
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居所 亀岡市		記号・番号	
	氏名	申請者との続柄 ( )		種類	国保・協会・組合・船員・共済 健保 保険
	生年月日	年 月 日			

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

〒 -

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						
	銀行 農協 信用金庫 金庫	本店 支店	普通	口座名義人 (カタカナ)					

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	日	氏名	
	診療の種類	医科 ( ) ・ 歯科・ 調剤・その他	他法負担			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 開設者氏名				印
	内当該月の 初回点数	( ) 点	自己負担額			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 割				
	2 割	円	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。）  
 ・ 当該月の初回点数は、一部負担金を算出するためのものです。  
 ・ 申請は、受診された翌月以降に行ってください。また、同月分の申請は必ずまとめて行ってください。