

こども医療費助成申請書

記入例

受給者	該当するものに○をしてください	入院・ <b>入院外（通院）</b> 3歳未満・就学前・ <b>小学生・中学生・多子世帯</b>	被保険者氏名	○ ○ □ □
	受給者番号	7 0 0 0 0 0 0 0	保険者名	亀岡市国民健康保険
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同住所 亀岡市	(保険者番号)	( 2 6 0 0 7 0 0 0 )
	氏名	○ ○ ○ ○ (子)	記号・番号	亀 1 1 1 1 - 1 1 1 1 1
	生年月日	令和元年 9月 1日	種類	<b>国保</b> ・協会・組合・船員・共済 健保 保険

朱肉を使用するタイプの印鑑

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

〒 6 2 1 - 8 5 0 1

住所 亀岡市安町野々神8

申請者さんの名義の口座をお願いします

申請者氏名 ○ ○ □ □ **印**

(保護者) 電話 1 1 1 ( 1 1 1 1 ) 0 0 0 0

(宛先) 亀岡市長

振込口座	金融機関名	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0
	<b>銀行</b> 農協 信用金庫 金庫	本店 支店	口座名義人 (カタカナ) 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	内科 ( ) ・ 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	
	3 割						
	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。