

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・就学前・小学生・中学生・高校生 未満 年代					被 保 険 者	被保険者氏名					
	受給者番号							保 険 者 名					
	住 所	□申請者と同住所 亀岡市						(保険者番号)	()				
	氏 名	申請者との続柄 ()						記 号 ・ 番 号					
	生 年 月 日	年 月 日						種 類	国保・協会・組合・船員・共済 健保 保険				
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 〒 ー 住所 申 請 者 氏名 _____ (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)						
医療機関記入欄	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。）												
	診 療 月	年 月 分		診 実 日 療 数	日	氏 名							
	診 療 の 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									
※ 決 定	国 社 保 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												
	3 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。