

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・高校生年代	被保険者氏名	亀岡 一郎				
	受給者番号	7 0 0 0 0 0 0	被保険者名 (保険者番号)	亀岡市国民健康保険 (26007000)				
	住所	☒ 申請者と同住所 亀岡市	記号・番号	亀 1111-11111				
	氏名	亀岡 太郎 申請者との続柄 (子)	種類	国保・協会・組合・船員・共済 健保 保険				
	生年月日	令和 6 年 12 月 2 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 〒 621 - 8501 住所 亀岡市安町釜ヶ前82番地 申請名義の口座を記入してください 氏名 亀岡 一郎 電話 〇〇〇 (△△△) ●●●● (宛先) 亀岡市長								
振込口座	金融機関		口座番号	0 0 0 0 0 0 0			口座名義人 (カタカナ)	カメオカ イチロウ
	● ● 銀行 農協 信用金庫 金庫 ▲ ▲ 本店 支店	普通						
医療機関記入欄	診療報告書（総保険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 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	