

子ども医療費助成金支給申請書

鹿屋市長様

年 月 日

| | | | | | | | |
|----------------|------|--|----|--|--------------------|--------|--|
| 申請者住所 | | | | | | | |
| 申請者氏名 (保護者) | | | | | 連絡先電話番号 (自宅・携帯) | | |
| 受給資格者証番号 | | | | | 加入医療保険 | 被保険者氏名 | |
| 対象者 | フリガナ | | | | | 記号・番号 | |
| | 氏名 | | | | | 保険者名 | |
| 他の世帯員の受診状況 | 氏名 | | 病院 | | 支払金額 | 円 | |
| | 氏名 | | 病院 | | 支払金額 | 円 | |
| 高額療養費支給回数 | | | 回 | | | | |

(注) 助成金は、受給資格者登録時に振込依頼のあった預金口座に振り込みます。

医療機関等の証明

| | | | | | |
|----------------------|---------|------------------------|--------------|------|-------------------------------------|
| 診療年月 | 年 月 分 | | | | |
| 保険診療総点数 | 入院 | 点 | 保険診療による一部負担金 | 入院 | 円 |
| | 外来 | 点 | | 外来 | 円 |
| うち他法制度による負担分(精神・結核等) | | | 点 | 診療科目 | 1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 5 その他 6 訪問看護 |
| 証明手数料の徴収 | 有(円)・無 | | ※通信欄 | 記入者 | |
| 医療コード | 年 月 日 | 所在地 名称 開設者 氏名 | 印 | | |

| 高額療養費支給額算定 | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|------------------------|
| A | B | C | D |
| 医療機関等への支払額 | 家族療養附加金 | 家族高額療養費 | 一部負担金の額 A - (B + C) |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 上記被保険者等の 年度市民税における課税状況は下記のとおりである。 1 市民税の非課税又は免除されている者である。 2 市民税の課税されている者である。 (ただし、地方税法第328条の規定によって課する所得割を除く。)担当者 印 | | | 支給決定額 円 |

領収書控 (医療機関保管用)

年 月 日

子ども医療費助成金支給申請書証明手数料 円を受領しました。

患者氏名 様

診療月 年 月

領収書控 (申請者保管用)

年 月 日

子ども医療費助成金支給申請書証明手数料 円を受領しました。

患者氏名 様 (年 月)

医療
機関名

印