

子ども医療費助成金請求書

受給者番号

申請者記入欄	住所 富士河口湖町 番地	保護者氏名	保護者との続柄	子ども氏名	子ども生年月日 年 月 日	年齢 歳
	保険区分	保険証記号番号	保険者番号	加入している医療保険の名称	左の事務所の所在地	
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他()					電話番号
医療機関の証明 ※この欄は、療養を受けた翌月の10日以降に、医療機関等で記入及び証明を受けてください。						
医療機関記入欄	診療報酬請求点数 年 月 分 点	実診療日数 日間	入院・入院外等の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/> その他()	医療機関等 所在地 名称 代表者名	印	
医療機関以外の証明						
家庭訪問看護療養費 期間 年 月 日～ 年 月 日 負担額 円 × 回 = 円			その他の療養費 負担額 円 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 保険者 印			
訪問看護事業者 所在地 名称・代表者 印						
町記入欄	A 療養に要した額	円	E 入院食事負担額等	円		
	B 保険者負担額	円	F 高額療養費	円		
	C 公費負担額	円	G 附加給付額	円		
	D 本人負担額(A-B-C)	円	H 保護者負担額	円		
			I 助成金請求額(D+E-F-G-H)	円		
上記のとおり支給されるよう申請(請求)します。 富士河口湖町長 様 (住所)富士河口湖町 番地 電話番号 (請求者氏名) 印			金融機関名			
			本・支店名			
			口座の種類	1普通 2当座		
			口座番号			
			口座の名義			

