

次のとおり支給されるよう請求します。

申請年月日	令和 年 月 日
受給資格者証番号	

申請者記入欄	申請者 (保護者)	氏名				被保険者(世帯主) 氏名		
		住所	富士河口湖町			加入医療保険	区分	☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ 共済組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 政管健保 ☐ 組合健保 ☐ その他()
		電話番号	— —				被保険者証等 記号・番号	
	子ども	氏名				保険者名及び番号		
		生年月日	平成・令和・西暦	年	月 日			
医療機関等記入欄	診療報酬 請求点数	年 月分		【区分等】 ☐ 内科入院 ☐ 内科入院外 ☐ 歯科入院 ☐ 歯科外来 ☐ 薬剤 ☐ その他	【医療機関等の証明】 左記のとおり相違ないことを証明する。 所在地 名称 代表者名			
	診療日数	日間	窓口負担		☐ 2割 ☐ 3割	⑤		
町記入欄	A 療養に要した額		円	D 高額療養費(付加給付額)		円		
	B 保険者負担額(公費負担額含む)		円	E 保護者負担額		円		
	C 本人負担額(A－B)		円	F 支給申請額(C－D－E)		円		

(注) 1 申請者は、申請者記入欄(太枠内)を記入してください。また、申請の際は受給資格者証および医療保険の加入関係を確認できるものをお持ちください。

2 領収書(原本)を添付してください。領収書がない場合は、医療機関等から証明を受けてください。

3 申請書は、月ごと、医療機関ごと、入院・入院外ごとに1枚作成してください。申請期限は、受診日の翌月10日から2年です。

4 他制度からの給付(加入している医療保険の高額療養費・付加給付等)を受けられた場合は、その金額が確認できる「支給決定通知書」等のコピーを添付してください。助成金の支給後に明らかになった際は、助成金の全部もしくは一部を返金していただきます。