

子ども医療費助成金請求書

富士河口湖町長 様

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	富士河口湖町		加療費	被保険者(世帯主)氏名	
		住所	富士河口湖町			区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 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			

欄 等欄	診療報酬請求点数	年 月分		点・円	【区分等】 <input type="checkbox"/> 内科入院 <input type="checkbox"/> 内科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科入院 <input type="checkbox"/> 歯科外来 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割

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被保険者証をお持ちください。
 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。