

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		点・円	【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。