

様式第4号(第4条関係)

児童医療費助成(申請・請求)書

阿蘇市長 様

申請・請求日 年 月 日

申請・請求者 住所 阿蘇市

氏名 ⑩

(電話番号 — — )

下記のとおり、 年 月分の医療費について、領収書を添えて申請・請求します。  
記

申請・請求者記入欄	ふりがな		保 険 者 名 (保険者の名称を記入してください)	
	児 童 氏 名			
	生年月日	年 月 日	被保険者証の記号・番号	

医療機関・保険薬局の記入欄	診療月 年 月分				患者氏名			
	医	入院	日数	日	総点数	点	一部負担金	円
		外来	日数	日	総点数	点	一部負担金	円
	療 機 関	上記の一部負担金額を受領しました。 医療機関コード( ) 所在地 年 月 日 名 称 氏 名 ⑩						
		調 剤 薬 局	外来	日数	日	総点数	点	一部負担金
	処方医療機関名		上記の一部負担金額を受領しました。 医療機関コード( ) 所在地 年 月 日 名 称 氏 名 ⑩					

市町村記入欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付額 C	自己負担額 D=A-(B+C)	控除額 E	支給決定額 (D-E)
	入						
	外						
	薬						
						登録番号	

- (注)①医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。  
②診療を受けた月の末日から起算して1年を経過した日以後に請求することはできません。  
③申請される際は必ず1箇月を単位として申請されてください。