

児童医療費助成(申請・請求)書

阿蘇市長 様

申請・請求日 平成 年 月 日

申請・請求者 住所 阿蘇市

氏名 印

(電話番号 - -)

下記のとおり、平成 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 (該当する保険者の名称を記入してください)	()	国民健康保険	
	児童氏名			()	社会保険事務局	
	生年月日	平成 年 月 日		()	共済組合	()
			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 平成 年 月分				患者氏名			
	医療機関	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
	上記の一部負担金額を受領しました。 医療機関コード()							
	平成 年 月 日 所在地 名称 氏名							
調剤薬局	外来	日数	日	総点数	点	一部負担金	円	
					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()								
平成 年 月 日 所在地 名称 氏名								

市町村記入欄	区分	一部負担金 A	高額医療費 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) 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。

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。

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。