

小児医療費助成申請書

記入例

フリガナ	ヒラツカ イチロウ		平成 令和	受給者番号				
小児氏名	平塚 一郎		22年 2月 2日生	1	1	1	1	
小児の加入医療保険の状況	保険の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済							
	被保険者等氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			申請者との続柄				
	被保険者証記号 04 番号 123・4567			保険者番号 1 4 0 0 4 6				
申請の種類	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input checked="" type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他							
診療等を受けた期間	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書のとおり(別添)							
病院等の名称	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書のとおり(別添)							
振込希望金融機関	本店	店番号	123	口座番号	1234567		申請者との続柄	
平塚市役所	本館	支店	フリガナ	ヒラツカ シロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 本人		
	農協	支所	口座名義人		平塚 市郎		<input type="checkbox"/> 配偶者	
	労働金庫	出張所						
上記のとおり領収書・明細書を添えて申請します。また、上記の名義人の口座に振り込むことを依頼します。 令和 ○年 ○月 ○日 電話 090 - 1111 - 1111 (父)母) 住所 浅間町9-1 市役所ハイツ110号 (提出先) 平塚市長 (保護者) 氏名 平塚 市郎								

小児医療証を御確認ください。

生計中心の保護者の方のお名前を御記入ください。

※助成額の計算		区分	年	月分	親C	
保険診療総費用額(10割)		円	円	円	子C	
控除額	法定給付額(割)				助成	可・否
	自己負担額				受付	
	高額療養費				備考	
	附加給付等					
助成額						
受付番号	※決定区分			助成決定額		
受付年月日	<input type="checkbox"/> 助成する。 <input type="checkbox"/> 別紙理由により助成しない。			円		

小児医療費助成申請書

フリガナ		平成・令和	受給者番号			
小児氏名		年 月 日生				
小児の加入医療保険の状況	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他					
	被保険者等氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			申請者との続柄		
	被保険者証記号		番号	保険者番号		
申請の種類	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他					
診療等を受けた期間	<input type="checkbox"/> 領収書のとおり(別添)					
病院等の名称	<input type="checkbox"/> 領収書のとおり(別添)					
振込希望金融機関		店番号		口座番号		申請者との続柄
銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫		本店	フリガナ			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者
		支店				
		支所 出張所	口座名義人			
上記のとおり領収書・明細書を添えて申請します。また、上記の名義人の口座に振り込むことを依頼します。 令和 年 月 日 電話 - - (父・母) 住所 (提出先) 平塚市長 (保護者) 氏名						

※助成額の計算

区分		年 月分	年 月分	年 月分	親C	
保険診療総費用額(10割)		円	円	円	子C	
控除額	法定給付額(割)				助成	可・否
	自己負担額				受付	
	高額療養費				備考	
	附加給付等					
助成額						
受付番号		※決定区分 <input type="checkbox"/> 助成する。 <input type="checkbox"/> 別紙理由により助成しない。			助成決定額	
受付年月日	・				円	