

様式第4号（第9条関係）

子ども医療費助成金請求書

富士川町長 様

下記のとおり支給されるよう請求します。

子ども医療費助成金請求書															受付番号		
富士川町長 様 申請年月日 令和 年 月 日 下記のとおり支給されるよう請求します。																	
保護者記入欄	保護者	氏名	(印)					受給者番号			☐ 国保 ☐ 協会けんぽ ☐ 共済組合 ☐ 組合健保 ☐ その他()						
		住所	富士川町					加入 保険	区分								
	電話番号	()					保険証番号										
	子ども	氏名							保険名称								
		生年月日	平成・令和 年 月 日生														
振込先	銀行・農協 信金・信組			支店	普通 当座	口座 番号							(ふりがな) 口座名義				
医療機関等記入欄	平成・令和 年 月分			訪問 看護 療養 費	回数				回	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。 令和 年 月 日							
	区分	☐ 入院外 ☐ 歯科 ☐ 薬剤			基本 利用料											円	
		☐ 入院 ☐ その他()			総費用												円
	窓口負担	☐ 2割 ☐ 3割			その他	負担額										円	住所 地 名 称
	診療報酬 請求点数	 点															
市町村記入欄	療養に要した費用額				円 …(A)				附加給付額(高額療養費)				円 …(D)				
	保険者負担額				円 …(B)				支給申請額 (C) - (D)				円				
	法定一部負担額(A) - (B)				円 …(C)												

※ 太枠内を記入してください。