

こども医療費 (償還払) 助成申請兼請求書

年 月 日

魚津市長 あて

〒

申請者 住所 魚津市

(保護者) 氏名

⑩

TEL () -

次のとおり助成金を申請します。

また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。

こども	受給資格証 記号番号		加入 保 険	被保険者証 記号・番号	
	氏 名			保 険 種 別	国保・協会・組合・その他
	生年月日	年 月 日		保 険 者 番 号 及 び 名 称	

年 月分 保健診療領収証明書 (入院・通院)

こども氏名		診 療 日 数		日間
保険診療合計点数 (食事療養費除く)	点	医療保険等負担点数 (食事療養費除く)	点	他法による 公費負担額
申請者からの領収額 (食事療養費除く)	円	左記金額には保険診療以外は含まれていません。		
上記のとおり領収したことを証明します。				
年 月 日				
医療機関等の 所在地及び名称				
開 設 者 氏 名				

* 助 成 内 訳	保 險 診 療 合 計 金 額	控 除 額				交 付 決 定 額
		保 険 等 負 担 分	他 法 公 費 負 担 分	一 部 負 担 金	附 加 給 付 分	
	円	円	円	円	円	円

振 込 先	口 座 振 替 指定金融機関	銀 行 支 店 金 庫 出 張 所 農 協			
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号 (右づめで記入)		
	フリガナ				
	口座名義 (申請者のもの)				

- (注) 1.この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市長から助成を受ける場合に使います。
(乳児は県外の病院等の場合、幼児と児童は市外の病院等の場合。)
- 2.病院等でもらった領収書 (太枠の欄に準じた項目が記載されたもの。) を添付してください。
ただし、領収書を紛失した場合等は、病院等で太枠欄に記載してもらってください。(なお、病院等での記載に際し、別に費用がかかることがありますので事前に確認してください。)
- 3.保護者が病院等に支払った金額から、他法による公費負担額や保険者等からの附加給付額及び一部負担金を控除した額が助成されます。
- 4.申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行い、記入後、市の窓口へ提出して下さい。市で資格及び内容等を確認の上、口座に振り込みます。
- 5.*欄は、市で記入します。

振込みは、申請月の翌月の二十五日です。(但し、土、日、休日にあたる場合はその直前の営業日に振り込みます。)

申請者記入欄

申請者記入欄