

こども医療費（償還払）助成申請兼請求書

令和1年 5月 10日

魚津市長 あて

〒 937-0067

申請者 住所 魚津市 釈迦堂 1-10-1

(保護者) 氏名 魚津 太郎 印

(TEL 0765-23-1006)

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	0041000	加入 保険	被保険者証 記号・番号	1234-123456
	氏名	魚津 花子		保険種別	国保・協会・組合・その他
	生年月日	平成25年 4月 2日		保険者番号 及び名称	160044 魚津市

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	点
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。 平成 年 月 日					
医療機関等の 所在地及び名称					
開設者氏名 印					

*助成内訳	保険診療 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	計	
	円	円	円	円	円	円	

振込先	口座振替 指定金融機関	北陸 銀行 支店 金庫協 魚津 出張所 農協								
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号 (右つめで記入)	1	0	0	1	0	0	0
	フリガナ	ウオヅ タロウ								
	口座名義 (申請者のもの)	魚津 太郎								

- (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