様式第3号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | 受付年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 子ども医療費助成申請書(請求書)  　あわら市長　様  令和　　年　　月　　日  受給者　　住所　あわら市  (保護者)　 氏名  　 電話  　下記のとおり領収証明書を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | 医療証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | 医療保険 | 名称 | |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 記号・番号 | |  |
| 年月日 | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | |

※太枠の中のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 領収証明書  　　　(　　年　　月分)　　(　　科) | | | | | | |
| 入院・外来区分 | 1入院　2外来 | | 診療実日数 | | 日 | 年　月　日 |
| 保険診療総点数 |  | | | | 点 |
| 保険診療一部負担金 |  | | | | 円 |
| 自己負担割合 | 1割・2割・3割 | | | | |
| 入院時食事療養費一部負担金 |  | 日 | |  | 円 |
| 住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　　名称  　(受診者)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　様 | | | | | | |

　(注)①　上部申請書欄は、申請者が記入してください。

　　　②　点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

　　　③　申請書の提出は、診療を受けた月から数えて1年以内です。

　　　④　領収書は、各医療機関、各診療科毎に1ヶ月分をまとめて添付するか、領収証明を受けてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療月 | | | | | | 医療機関番号 | 府県 | | 表 | | 地区 | | 番号 | | | | | | 科目 | | | 入外 | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| A  総医療費 | | | | | B  本人負担 | | C  附加給付 | | | D  高額医療 | | | | E  他負担 | | | F  助成額 | | | G  食事療養費 | | | | | H  自己負担 | I  総支給額 |
|  | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  |  |