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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |