

様式第5号(第9条関係)

子ども医療費助成金請求書

請求者記入欄	年 月 診療分		医療機関名()			
	住所 北杜市 町 番地 電話番号 ()		保護者氏名	小児氏名	小児生年月日 年 月 日	年齢 歳
	保 険 区 分		保 険 証 記 号 番 号	加入している社会保険の名称		
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他					
医療機関の証明 ※この欄は、療養を受けた月の翌月10日以降に、医療機関等で記入及び証明を受けてください。						
医療機関記入欄	医療報酬請求点数 年 月分	実診療日数 日間	入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/> その他()		医療機関等 所在地	
	入院時食事療養費(標準負担額 期間 食事負担額 円× 日間=	円 □ 円 □ 円 年 月 日 ~ 年 月 日 円			名 称	代表者名 (印)
医療機関以外の証明						
家庭訪問看護療養費 期 間 年 月 日~ 年 月 日 負担額 円× 日間=			その他の療養費 負担額 円			
訪問看護事業者 所在地 名称・代表者 (印)			上記のとおり相違ないことを証明する。 保険者 (印)			
市町村記入欄	A 療養に要した額	円	E 入院食事負担額等	円		
	B 保険者負担額	円	F 高額療養費・高額介護合算療養費	円		
	C 公費負担額	円	G 付加給付額	円		
	D 本人負担額(A-B-C)	円	H 助成金請求額(D-F-G)	円		
上記のとおり支給されるよう申請します。 北杜市長 様 年 月 日 (申請者氏名) (印)						

※太枠内に必須事項を必ず記入して申請してください。