様式第４号(第７条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表面）

子ども医療費支給申請書

　　　　 　年 　　月　 　日

白老町長様

申請者住所白老町

氏名

　　　　　 続柄

　 電話

　医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | ふりがな | | 医療保険 | 被保険者証等記号・番号 |
| 氏名  　　　　　　 　年　 　月　 　日生 | |
| 名称 |
| 医療費助成区分 | □乳幼児等　□ひとり親　□重度  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | | 被保険者等氏名 |
| 医療機関 | 名称 | | | |
| 所在地 | | | |
| 診療内容 | 診療区分 | 診療月  　　　　年　　月分 | | 保険診療点数等  点　　　　　円 |
| 初診回数  回 | 診療実日数  日 | | 病院等に支払った金額  円 |
| 受領口座 | 口座名義人（ふりがな） | | | 普通 ・ 当座預金  口座番号 |
| 振込先金融機関名  　　　　　　　　　 　 　・　　 　　　 　支店 | | |

注　申請の際、被保険者証(又は組合員証)及び医療機関等が発行する領収書その他町長が必要と認める書類を添えてください。

※　下欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険給付割合等 | | | | 保険給付(　　/10) | | | 附加給付　有・無(　　　　) | | |
| 附加給付の支給基準 | | | 家族療養費相当額　　　　　　　　　　未満不支給　未満切捨 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 決定点数 | 決定  費用額 | 保険診療  自己負担額 | | | 控除 | | | | 助成額 |
| 高額療養費 | 附加給付額 | | その他(　) |
| 点 | 円 | 円 | | | 円 | 円 | | 円 | 円 |

（追加計算欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

|  |
| --- |
|  |