様式第４号（第４条関係）

**上天草市子ども医療費申請・請求書**

　　上天草市長　　　　　様

令和　　年　　月　　日

　　　　　　申請者　住　所　上天草市

氏　名

（電話番号　　　　─　　　　─　　　　）

子ども医療費助成金を下記のとおり申請・請求します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請・請求者の記入欄 | 受給者証番　号 |  | 保険者名（該当する保険の名称を記入してください。） | 全国健康保険協会（　　　）支部（　　　　　　　）国民健康保険（　　　　　　　）健康保険組合（　　　　　　　）共済組合 |
| 子ども氏　名 |  |
| 生年月日 | 平成令和 | 　年　月　日 | 被保険者証記号・番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等の記入欄 | 診　療　年　月 |  | 診療日数 | 医療費総点数 | 一部負担金 |
| 平成　　　　年　　月分令和 | 入院 | 日 | 点 | 円 |
| 通院 | 日 | 点 | 円 |
| 子　ど　も　氏　名 | 歯科 | 日 | 点 | 円 |
|  | 調剤 | 日 | 点 | 円 |
|  | 日 | 点 | 円 |
| 　上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。　　令和　　　年　　月　　日　　　　　　　医療機関コード　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市処理欄 | 一部負担金 | 高額療養費 | 付加給付額 | その他控除額 | 助成決定額 |
|  |  |  |  |  |

※　一部負担金には、保険適用外の金額は含めないでください。

診療を受けた月の末日から１年以内に申請してください（１年を過ぎると無効になります。）。