

小 児 医 療 費 助 成 申 請 書

受給者番号						被保険者名		
保険の種類	1国保 2組合 3全管 4日雇 5船員 6共済					被保険者等 記号・番号		
保険者名	符号					名称		
ふりがな 小児の氏名	(個人番号)					生 年 月 日	年 月 日	
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他							
入院・入院 外 の 別	1 入院 2 入院外							
診療等を受 けた 期 間	年 月 日から 年 月 日まで							
医療費総額	円				助成 申請額	円		
病 院 等 の 名 称 所 在 地	☐ 別添のとおり							
申請の理由	☐ 現物給付が受けられないため ☐ その他 ()							
受 領 方 法	振 込	銀 行 農 協 信用金庫	通 帳	1 普通	口座番号			
		支店		2 当座	口座名義 カタカナ			
上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。 年 月 日 (宛先)寒川町長 住 所 氏 名 個人番号 T E L ()								

※町記入欄

助 成 額 の 計 算	自己負担額(入院時食事療養費を除く)	円
	高額療養費	円
	附加給付等	円
	控除額計	円
	差引助成額	円
	附加給付の計算等	

- 備考
- 1 番号のある欄には、該当する番号を○で囲んでください。
 - 2 ※印の欄には、記入しないでください。
 - 3 受給者番号欄には、乳児及び幼児等の医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
 - 4 被保険者名の欄には、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。
 - 5 申請に当たっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収書を添えてください。
 - (1) 医療を受けた小児の氏名
 - (2) 医療を受けた年月日
 - (3) 医療を受けた病院等の名称、所在地
 - (4) 総医療費
 - (5) 自己負担額
 - (6) 入院の場合には、入院日数