様式第4号(第6条関係)

子ども医療費助成申請書(請求書)

年　　月　　日

　越前市長　　　　殿

申請者住所

氏名

　次のとおり領収書を添えて申請(請求)します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな対象者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　 　月　　日 | 振込先 | 医療費助成登録口座 |

|  |
| --- |
| 医療機関等証明欄(領収書) |
| 診療区分 | 医・歯・調・補・柔 | 入院・入院外 | 診療月 | 年　 　月分 |
| 保険診療点数 | 点 | 診療日数 | 日 |
| 食事療養標準負担額等 | 円 | 本人負担金 | 円 |
| 　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　様住所　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　名称　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　 |

　(注)　1　容器代や交通費などの保険診療外の負担は、支給されません。

　　　　2　申請(請求)額が、21,000円以上の場合は、裏面も記入してください。

※認定欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①申請(請求)額 | ②付加給付額 | ③その他の控除額 | ④助成決定額1. －(②＋③)
 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 家族療養費付加給付 | 有 ・ 無 | 算定式 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1　加入医療保険の記号番号 | 　 |
| 2　　　月において受給者と同一保険内で21,000円以上の一部負担金を支払ったことの有無 | 有・無 |
| 3　被保険者氏名 | 支払った一部負担金額 | 高額療養費 |
| (受給者) | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 4　同一保険内で過去12箇月に高額療養費を受けた回数 | 回 |