

# 子どもの医療費助成申請書

年 月 日

有田町長 様

申請者 (保護者)	住 所	有田町	
	氏 名	_____ (印) 子どもとの続柄 (父・母・その他 )	
	電話番号	—	—

次の子どもに係る医療費を申請します。

記

受 給 者 番 号									
子 ど も	フリガナ			男・女	生年月日 年 月 日				
	氏 名				年 月 日				
も	住 所	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ・(異なるとき)有田町							
医 療 保 険	保 険 種 別	国保・協会けんぽ・組合・共済・その他 ( )							
	被 保 険 者 名				資格取得年月日	年 月 日			
	保険証の記号番号	記号			番号				
	保 険 者 名								
	付 加 給 付	有 ・ 無			給 付 額	円			

保 険 診 療 額 領 収 証 明

診療月	年 月 ( 日間)		区分	入院・入院外・調剤・歯科					
保 険 診 療 総 点 数			点						
公 費 負 担 額			円						
本人負担	保 険 診 療 一 部 負 担 金			円					
	指 定 訪 問 看 護 の 基 本 利 用 料			円 ( 日)					
一部負担金に係る入院外 (通院) 内訳				年 月 日					
回 数	保険点数	一部負担金額		(医療機関等)					
1回目	点	円		所在地					
2回目	点	円		名 称					
3回目以降	点	円		代 表 者 (印)					
※2日以上を通院の場合にご記入ください。				電 話 番 号					

町 記入欄	高額療養費等	円
	個人負担額	円
	支払決定額	円

※ひと月一医療機関ごと(入院・外来・薬局別)にまとめ、診療月の翌月から1年以内に申請してください。  
 ※点数付きの領収書の添付があれば、証明は必要ありません。  
 ※保険診療以外の医療費については助成対象外です。