

**記入例**

**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	子どもとの続柄 (父・母・その他 )
	電話番号	— —

押印してください。

印

次の子どもに係る医療費を申請します。

記

桃色の受給資格証の受給者番号をご記入ください。

受 給 者 番 号			
子	フリガナ		
氏 名	保護者と同じ住所のときは□にチェックを入れ、異なるときは右側にご記入ください。		
住 所	□保護者と同じ・(異なるとき)有田町		
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	社会保険の方は、協会けんぽになります。	
保 険 証 の 記 号 番 号	記号	番号	
保 険 者 名	(例)国保…有田町、社保…全国健康保険協会〇〇支部など		
付 加 給 付	有 ・ 無	給 付 額	円

健康保険証を見ながらご記入ください。

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 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 名称 代表者 電話番号
2回目	点	円	
3回目以降	点	円	
※2日以上を通院の場合にご記入ください。			

印

町 記入欄	高額療養費等	円
	個人負担額	円
	支払決定額	円