

大月市子育て支援医療費助成金請求書

受付 年月日	年 月 日	受付 番号
-----------	-------	----------

申請者記入欄	住 所 大月市		世帯主名	保護者氏名		保護者との続柄	児童氏名	
	保険区分		被保険者・被扶養者別	保険証記号番号	社会保険の名称(組合等)		児 童 の 生年月日	
	<input type="checkbox"/> 国 保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者			年 月 日生		
診療機関記入欄	療養を受けた傷病名及び診療報酬請求明細書の点数並びに療養区分 {注} この欄は、療養を受けた月の翌月の10日以後に、医療機関で記入及び証明を受けて下さい。					医療機関の証明		
	傷病名	診療報酬請求点数 年 月分 点 (実診療日数 日間)		一般診療 <input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科診療 <input type="checkbox"/> 薬 剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )		所在地	名 称 印	
市役所記入欄	支給申請額計算	療養に要した費用額		円-(A)		(入院時食事療養費) 入 院 期 間		
		保険者負担額(公費負担額のある場合はその額も含む)		円-(B)		年 月 日 ~		
		法定一部負担額 (A)-(B)		円-(C)		年 月 日 ( 日間)		
		附加給付額 (保険者の任意によって附加給付された額)		円-(D)		保護者負担額		円-(E)
		支給申請額 (C)-(D)+(E)+(F)		円		( 療養費) 保護者負担額		円-(F)
上記のとおり支給されるよう申請します。				振 込 先		医 療 費 助 成 金 支 給 額 円		
大月市長 殿				銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		口 座 番 号		
申請者氏名				支 店		普通 ・ 当座		
電話番号 ( )				口座名義人(カタカナ)		No.		

{注} 1 申請者は、太枠内をボールペンで記入して下さい。  
 2 申請時には、「保険証」と「大月市子育て支援医療費助成金受給資格者証」を添えて提出して下さい。  
 3 記名押印に代えて、署名とすることができます。