

子　ど　も　の　医　療　費　助　成　申　請　書												
年　　月　　日												
基山町長　　　　　様												
申請者　住所												
氏名　　　　　　　　　　　印												
電話番号												
下記により医療費の助成を受けたいので申請します。また、助成額の決定に際して、世帯全員の市町村民税課税状況の調査、並びに保険者に対し高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。												
子　ど　も	ふりがな						男・女	年　　月　　日生				
	氏　　名											
	個人番号											
医　療　保　険	記号・番号						被保険者氏名					
	保　険　者　名	全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国民健康保険					保　険　者　番　号					

※医療保険欄は、正しく記入してください。

保　険　医　療　機　関　等　記　載　欄	診　療 年　月	年　　月	区　分	入院　年　月　日から　日まで（　日間）			
				通院　歯科　調剤　その他（　　）			
	保　険　診　療　点　数	点		一　部　負　担　金	円		
	一部負担金　内訳			上記の金額を受領しました。 年　　月　　日			
	日　数	金　額		(医療機関等) 所在地 名　称 代表者名 印			
	1日目	円					
	2日目	円					
	3日目以降	円					

注1　この申請書は、医療機関ごと、月ごとに1枚必要です。診療を受けた日の属する月の翌月から起算して1年以内に申請してください。
2　医療機関の証明に代えて、子どもの氏名、診療総点数、診療月、領収金額及び医療機関等名が明記された領収書の添付で申請できます。
（コピー、レシートは不可）　3　保険診療以外の医療費については、申請できません。　4　高額療養費、付加給付費該当分は、加入している医療保険で受給の手続きをしてください。

※助成決定額

一　部　負　担　金	円	高　額　療　養　費	円	付　加　給　付　費	円
助　成　対　象　額	円	自　己　負　担　額	円	助成決定額	円
備考					