

大磯町小児医療費助成申請書

大 磯 町 長 殿

対象小児	ふりがな		受給者番号						
	氏名		生年月日	年	月	日			
加入保険の状況	保険の種類	1. 国保 2. 組合 3. 協会けんぽ 4. 日雇 5. 船員 6. 共済							
	被保険者氏名		被保険者記号番号	(記号)	(番号)				
	保険者番号		保険者名						
申請内容等	医療種別	1. 入院 2. 入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. 補装具 6. その他()							
	診療等の期間	年	月	日	～	年	月	日	
	医療機関等	<input type="checkbox"/> 領収書のとおり(別添)							
	申請の理由	1. 医療証発行前の受診 2. 県外での受診 3. 償還払い対象 4. 医療証を持参するのを忘れた 5. 国保組合のため 6. その他()							
振込先	銀行		本店	店番	1. 普通 2. 当座				
	信用金庫		支店	口座番号					
	農協								
	ふりがな		申請者との続柄	1. 本人 2. 配偶者					
口座名義人									
<p>上記のとおり、大磯町小児医療費助成事業の医療費助成を申請します。 また、上記の名義人の口座に振り込むことを依頼します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所 大磯町 _____</p> <p>電話 _____</p> <p>氏名(申請者) _____</p>									

※町記入欄

保険診療費総額(10割)		円	円
控除額	法定給付額	(割) 円	(割) 円
	自己負担額 (入院時食事療養費を除く)	円	円
	高額療養費	円	円
	付加給付等	円	円
助成額		円	円

助成対象の可否	可 ・ 否
助成決定額	円

◎申請にあたっては次の書類をそろえて、受診された日の翌月以降に申請を行ってください。

なお、領収書は1か月ごとにまとめてください。

(1) 医療費等の領収書(保険点数、受診者名が記載された医療機関等の発行した領収書の原本)

(2) 保護者の方の振込み口座の分かるもの

(3) 加入保険組合等から家族療養費付加金や高額療養費等が還付された場合は、その金額等が分かる通知書

※保険証を提示しないで受診し、医療費の10割分を支払った場合は、先に加入している保険者に療養費の請求を行ってください。申請の際には上記書類の他、療養費支給決定通知書をお持ちください。