

子ども医療費助成金申請書

受付印

住 所	(フリガナ) 保護者氏名	保護者との続柄	電 話 番 号	(フリガナ) 子ども氏名	子 ども 生 年 月 日
南アルプス市	()			()	平成 令和 年 月 日
保 險 区 分	受 給 者 番 号	被保険者等記号・番号	対象者が加入している医療保険の名称	左の事務所の電話番号	
◇国 保 ◇協会けんぽ ◇共 済 ◇組合健保 ◇その他()					
医 療 機 関 の 証 明		(この欄は、医療を受けた月の翌月10日後に医療機関で記入及び証明を受けて下さい。)			
医 療 報 酬 請 求 点 数	入 院 時 食 事 療 養 費		医 療 機 関 等		
令和 年 月 分	標準負担額 円		所 在 地		
点			名 称		
入 院 ・ 入 院 外 等 の 別	期 間 年 月 日～ 年 月 日		代 表 者 名 印		
◇入 院 ◇入 院 外 ◇歯 科 ◇薬 剤 ◇治療材料 ◇その他()	食 事 負 担 額 円× 日・食= 円				
申 請 額 計 算	A 療養に要した額	円	前 記 以 外 の も の	看 護 料	円
	B 保険者負担額 (公費負担額含む)	円		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 (日間)	
	C 本人負担額	円		移 送 料	円
	D 入院時食事療養費	円		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 (回)	
	E 附加給付金 高額療養費	円			
	助成金申請額	円 (C+D-E)			
注 意		上記の通り申請します。			
1. 子ども医療費の払い込み先については、登録時の金融機関とします。尚、口座を変更する場合は、子ども医療費助成金受給資格等変更届を提出してください。		令和 年 月 日			
2. 医療費の申請金額、申請したか否かは必ず控えておいて下さい。この種の問い合わせにはお答えできません。		南アルプス市長 様			
3. 申請はなるべく早く、こまめに行ってください。診療月より2年を越えた申請は、助成対象外となります。		申請者氏名 ㊞			