別記様式第4号(第5条関係)

児 童 医 療 費 助 成 申 請 書

保護者記入欄　※太線の枠内に記し、押印の上、必ず受給資格者証を添えて申請してください。

上三川町長　様　　年　月　日

受給資格者　住　所　上三川町
(保 護 者)　氏　名
電　話

公費番号		加入保険	被保険者氏名			
受給者番号			保険証記号番号			
受診者	児童氏名		保険者	番号		
	生年月日	年　月　日		名称		
振込先	銀行・組合 金庫・農協	支店・出張所 支所・営業部	預金種別　普通・当座			
	※上三川町で、２回目以降の申請のときには記入不要です。(振込先を変更する場合は、記入してください。)					
	フリガナ 口座名義	口座番号				
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有　・　無				

(注)　高額療養費制度に該当し、限度額適用認定証の交付を受けた場合は認定証の写しを、交付を受けていない場合は当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄　**※太線の枠内のみ記入し、押印してください。点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。**

保険診療証明書　**(受診者：　　)**

保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合　1・2・3割	特定疾病療養受療証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数			食事療養費		他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数	日数	金額(標準負担額)		
計								

年　月　日　医療機関等　所在地
名　称
氏　名　　㊞

助成内容	保険診療合計金額	一部負担金	控除額の内訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円
	食事療養費						
	計						