

子どもの医療費助成申請書

区分

県63・65

市90

平成 年 月 日

長岡市長 森 民 夫 様

住所

申請者

氏名

下記のとおり金 円の医療費助成を申請します。

なお、この申請に関し、高額療養費に係る自己負担限度額について、
保険者に対し必要な調査をされることに同意します。

受給者番号			保 険 者 名			
受給者氏名			記号・番号			
受療者氏名			被保険者氏名			
振込指定機関	銀行名	農協 銀行	支店	口座番号		氏名
※他法負担額		一部負担金		決定額		

注1 自署してください。ただし、自署できない場合は、記名・押印してください。

2 ※印欄は記入しないでください。

3 助成申請額の算定方法等は、裏面を参照してください。

(診療月 平成 年 月分)		領 収 書	
外 来 ・ 調 剤	月の初回受診日の領収済額	円	当月分点数 点
	月の2回目受診日の領収済額	円	
	月の3回目受診日の領収済額	円	
	月の4回目受診日の領収済額	円	
	月の5回目以降受診日の領収済額	円	
入 院	入退院年月日 . . ~ . .		
	再入退院年月日 . . ~ . .		食事療養
	食事療養を受けた食数 食 (うち長期該当食数 食)		当月分負担額 円
訪問看護	利用日数	日	当月分療養費 円
他法負担の有無	障害者自立支援法・特定疾患治療研究事業 母子保健法・児童福祉法・その他 ()		公費分点数 点
			患者負担分(公費分) 円
上記のとおり領収しました。			
平成 年 月 日		所在地	
		医療機関等 名称	
		氏 名	Ⓜ

注 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書(領収書)が必要です。