

子どもの医療費助成申請書

区分

県65

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、この申請に対する医療費助成金の受領に関する権限を長岡市長に委任します。

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
※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 様 氏 名			

印

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。