

様式第4号（第9条関係）

中央市長様

子ども医療費助成金請求書

下記のとおり支給されるよう請求します。

受付番号	
------	--

請求年月日		平成 年 月 日							
請求者記入欄	請求者 (保護者)	フリガナ				受給者証番号	区分 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		氏名						加入保険	保険者(証)番号
		住所	中央市						
		電話番号	- -						
	子ども	フリガナ				加入保険	保険名称 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部		
		氏名							
		生年月日	年 月 日						
医療機関等記入欄	区分	年 月分		入院時食事療養費	総日数	日		医療機関等の証明 左記の通り相違ないことを証明する 年 月 日 住所地 名称 代表者	
		<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤		標準負担額			円		
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		総費用			円		
	窓口負担	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		訪問看護療養費	回数	回			
	診療報酬請求点数			基本利用料			円		
	公費負担	有()円・無		一部負担金 (保険適用外を除く)			円		
市記入欄	療養に要した費用額				円 … (A)	附加給付額	円 … (D)		
	保険者負担額(公費負担含む。)				円 … (B)	入院食事負担額	円 … (E)		
	法定一部負担額(A) - (B)				円 … (C)	保護者負担額	円 … (F)		
						支給請求額 (C)-(D)+(E)-(F)	円		