

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	令和 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
		氏名				<input type="checkbox"/> その他 ()			
		住所	中央市			保険者(証)番号			
	電話番号	- -	保険名称			<input type="checkbox"/> 国民健康保険			
	フリガナ					<input type="checkbox"/> 健康保険組合			
	氏名					<input type="checkbox"/> 共済組合			
子ども	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会	支部					

医療機関等記入欄	年月分	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	
	区分	<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		点	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)	総費用			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