

子ども医療費助成金交付請求書

年 月 日

宇陀市長 様

(申請者) 住所 氏名 印

(届出人) 住所 氏名 印

金 円

ただし、年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給資格証 受給者番号		個人番号	
		受給者 氏名	年 月 日生
加入医療保険名称		加入医療 保険 記号番号	

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。

振込 口座	銀行 店	種 別	普通 当座	番 号	フリガナ 名義
----------	---------	--------	----------	--------	------------

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。

医療等の 状況	入院	医療機関：名称 (所在地 )			
		日数・期間	総点数	自己負担支払額	
		日(年 月 日～年 月 日)	点	円	
	外来等	①	医療機関等：名称 (所在地 )		
			日数・期間	総点数	自己負担支払額
			日	点	円
		②	医療機関等：名称 (所在地 )		
			日数・期間	総点数	自己負担支払額
			日	点	円
③	医療機関等：名称 (所在地 )				
	日数・期間	総点数	自己負担支払額		
	日	点	円		

※確認欄	保険の自己負担割合 (1割・2割・3割)	※高額療養費の有無 (限度額 )
------	----------------------	------------------

※決 定	係	決裁年月日	年 月 日
		交付年月日	年 月 日
		台帳確認	

【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】 = 支給額 円

( 円 ) - ( 円 ) - ( 円 ) =

※欄は記入しないでください。