

善通寺市子育て支援医療費助成申請書

善通寺市長

様

年 月 日

受給資格者	受給者番号						
	住所	善通寺市 町		番地		番号	
	氏名	連絡先 ()					
	生年月日	年 月 日					
申請者氏名		㊟					

下記の一部負担金を支払いましたので、一部負担金に係る医療費を助成されたく申請します。

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担額		
(年 月分)	保険の種類	協・組・日・船・共・国・国組
区 分	入 院	入 院 外
診療報酬点数	点	点
他法負担額	円	円
保険者負担額 (高額療養費を除く。)	円	円
本人負担額	円	円
入院開始年月日	年 月 日・継続	
本月の入院継続日数及び通院日数	日	日
[薬局の場合：処方箋発行医療機関等名 ()]		
証明年月日	年 月 日	
医療機関等の所在地 名称及び開設者氏名		㊟

注1) 診療報酬点数及び一部負担金(本人負担額)には、入院時食事療養費に係る標準負担額を含まないでください。

2) 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

(市事務処理欄)

本人負担額	高額療養費	付加給付等	支給決定額 D
A	B	C	(D=A-B-C)
円	円	円	円

*受診者の氏名、受診日、保険点数等が記入されている領収書を必ず添付してください。領収書を紛失した、または領収書に必要事項が明記されていない場合は、医療機関等で証明をうけてください。