

# こどもの医療療養費請求書

阿南市長宛て

阿南市こどもの医療費の助成に関する条例施行規則第11条の規定により、次のとおり請求します。  
 なお、この申請に係る助成対象の子ども及び同一保険加入者の療養費給付状況、診療内容、医療給付状況、付加給付の支給状況について、阿南市が保険者並びに公費負担者医療の実施主体に回答を求めることに同意します。

請求年月日		令和	年	月	日
請求者 (受給者)	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	電話	( )	-	※日中に連絡可能な番号を記入してください。	
	振込先	銀行・金庫・農協		支店	
口座番号(普通)					
代理人 (窓口に来た方)	氏名	請求者との続柄 ( )			
こどもの医療療養費請求額			一金 円也		
受療区分			入院・外来・食事・コルセット・眼鏡		
受療年月			年 月分		
こども	受給者番号		加入 保険	被保険者名	
	氏名			保険証記号 番号	
	生年月日	年 月 日		保険者名	

- ① 1 保険医療機関等で発行された領収書を添付してください。  
 2 治療用器具等について保険給付のある場合には「療養費支給証明書」を添付してください。

助成算定額

一部負担金額	付加給付額	円	=	助成決定額
円	療養費支給額	円		円

※市役所・支所・住民センター記入欄

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他 ( )

受付印

0~2 ・ 3~小6 ・ 中学生 ・ 高校生 ( )住民センター