

# 子育て支援医療費助成申請書

4 5 2 6

受給者	受給者証番号		被保険者	被保険者氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 長岡京市		保険者名 (保険者番号)	
	氏名	申請者との続柄 ( )		記号・番号	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		種類	国・組・協・共・政・船

長岡京市子育て支援医療費助成に関する条例施行規則第8条の規定による子育て支援医療費の支給を申請します。

申請者 住所 長岡京市  
令和 年 月 日  
氏名  
長岡京市長 様 電話

支給方法 金融機関振込払

金融機関名		支店名		口座名義	
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		漢字	
預金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		カナ	

診療報告書(総医療点数は保険診療適用分についてのみ記入してください。)

医療機関等記入欄	診療月	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	受療者氏名				
	医療区分	1 医科 3 歯科 4 調剤 5 療養費 装具	入院の別 入院 入院外	1 入院 2 入院外	診療実日数	日	
	総医療点数	点	他法負担 ( 点)	自己負担額 (領収額) 円			
	年 月 日		所在地				
	上記のとおり報告します。		名称				

※決定	国保 自己負担額 高額療養費 附加給付額 公費負担額 一部負担額	① ② ③ ④ ⑤
	1割 2割 3割	円 円 円 円 円
	医療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
申請者 受給者 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険関係書類 持参書類 申請者 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 他( )		審査

(注)○この申請書は、医療機関で現金を支払った場合に提出するものです。  
太線の中の該当するところに○を、□にはレ印を記載してください。※欄は記入しないでください。  
○診療報告書欄は、医療機関等で記入してもらってください。  
(医療機関等記入欄をみたま内容の明細書がある場合は、不要です。)