

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 診療日数 2 入院外 日
	総医療点数	点	他法負担 (点)	自己負担額 (領収額) 円
		所在地	名称	
		年 月 日 上記のとおり報告します。	開設者氏名	Ⓜ

※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 社保 ① ② ③ ④ ⑤	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	支給決定額 ①-②-③-④-⑤ 円
	申請者 受給者 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 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"/> 健康保険証 <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。)