

子育て支援医療費助成申請書【記入例】

4 5 2 6

受給者	受給者証番号	7 6 5 4 3 2 1	被保険者	被保険者氏名	長岡 京一
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 長岡京市		保険者名 (保険者番号)	〇〇〇健康保険組合
	氏名	長岡 太郎 申請者との続柄 (子)		記号・番号	〇〇 〇〇〇
	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		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 開田1-1-1
 氏名 長岡 花子
 長岡京市長 様 電話 951-2121

支給方法 金融機関振込払

金融機関名		支店名		口座名義	
〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金		〇〇 <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		漢字	長岡 花子
預金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 1 1 1 1 1 1 1	カナ	ナガオカ ハナコ

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

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