

様式第4号（第5条関係）

こども医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。									
那須町長 様 受給資格者 住所 那須町大字 (申請者) 氏名 電話											
受給資格証 記号番号		加入保険		被保険者氏名							
				保険証記号番号							
受診者	氏名		加入保険		番号						
	生年月日		年 月 日		名称						
振込先		(フリガナ) 口座名義		銀行		支店		預金種別		普通・当座	
								口座番号			
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有 ・ 無	

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄												※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。									
保 険 診 療 証 明 書																					
保険種類		国保・社保・その他				自己負担割合				1・2・3割		特定疾病療養受領証の有無				有・無					
診療年		保険診療合計点数				食事療養費				薬剤一部負担額		他法負担点数		備考							
年 月		入院日数		入院点数		外来点数		日数		金額 (標準負担額)											
年 月 日												医療機関等 所在地 名称 氏名									

助成内容	保険診療 合計金額	一部 負担額	控除額の内訳				医療費助成額
			他法 負担額	高額 療養費	附加 給付額	控除額 計	
	円	円	円	円	円	円	円
食事療養費							
薬剤一部負担額							
計							