

㊦ 子どもはぐくみ医療療養費請求書

年 月 日

神山町長 殿

(請求者) 住 所

氏 名

個人番号

(電話)

神山町子どもはぐくみ医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき、子どもはぐくみ医療療養費として次のとおり請求します。

子どもはぐくみ医療療養費請求額		一金		円也	
受 療 区 分		入院・外来・食事・コルセット等			
受 療 年 月		年 月 分			
受 療 者	受給者証番号		加 入 保 険	被 保 険 者 名	
	氏 名			保 険 種 別	国 保 ・ 社 保
	個 人 番 号			記 号 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日		保 険 者 名	

助成算定額

一部負担金額	—	附加給付額	円	=	助成決定額
円		療養費支給額	円		円

助成決定者

上記請求による子どもはぐくみ医療療養費を下記の預金口座に振込を依頼します。

口 座 振 込 先	金融機関名	銀行	店	1.普通	口座番号													
	(フリガナ) 口座名義人	組合	所	2.当座														
		金庫		3.その他														

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