

医療費助成金請求書(子ども医療費児童通院外来分)

令和 2 年 4 月 1 日

八幡浜市長 殿

以下のとおり一部負担金に助成を受けたく、加入医療保険被保険者証及び助成金の額を証する書面を添え請求いたします。  
 (助成金の額を証する書面) 受診医療機関等発行の領収証及び加入保険からの高額療養費(療養費含む)・附加給付等に関する決定通知書

ふりがな	やわたはま はなこ		受給資格者(子どもの保護者)	
子ども氏名	八幡浜 花子		住所 〒 796-0048	八幡浜市 北浜一丁目1番1号
生年月日	平成 24 年 4 月 2 日		氏名	
年齢・学年	(診療時) 7 歳 (小 中 1)		電話番号	0894 - 22 - 3111
加入保険者名称	国民健康保険		診療年月	
保険者番号	380048		令和 元 年 5 月	
被保険者氏名	八幡浜 太郎			
記号・番号	記号	番号	9999999	

保険証に記載された  
とおり記入してください。

金融機関等の預金口座	金融機関名	はまぼん	銀行 信用金庫 農協	口座種別	口座番号	9 9 9 9 9 9 9
	支店名	八幡浜	支店 出張所 支所	普通・当座	名義人カナ	ヤワタハマ タロウ

医療機関名	受診日	第三者行為の有・無	領収金額(円)	区分 医科・調剤・柔整 補装具・訪問看護	保険点数 A 柔整・補装具・訪問看護 はBに入力	費用額(円) A×10円=B	一部負担金(円) B×0.3 (10円未満四捨五入)
市立八幡浜総合病院	10	有・無	2,620				
はまぼん薬局八幡浜店	10	有・無	590				
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
		有・無					
①保険適用に係る一部負担金 合計							
②八幡浜市子ども医療費 児童通院外来 保険適用に係る一部負担金の上限月額							▲ 3,000
③八幡浜市子ども医療費児童通院外来助成請求額 ①+②							

記入例  
太枠内のみ記入してください。

①保険適用に係る一部負担金合計 A	高額療養費等 B①	公費負担 B②	附加給付等 B③	助成対象分一部負担金 C=A-B	受付日
既助成対象分一部負担金 C'(既請求転記)	上限月額 D	助成決定額 E	既助成額 ( 月決定) E'(既決定転記)	追加決定額 F=E-E'	
	▲3,000円				
課長	課長補佐	係長	係	担当	支給決定日