

医療費助成金請求書(子ども医療費児童通院外来分)

年 月 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、子ども氏名、生年月日、年齢・学年、加入保険者名称、保険者番号、被保険者氏名、記号・番号、受給資格者(子どもの保護者)住所、氏名、電話番号、診療年月

金融機関等の預金口座、金融機関名、支店名、銀行・信用金庫、農協、口座種別、口座番号、普通・当座、名義人カナ

Table with 8 columns: 医療機関名, 受診日, 第三者行為の有無, 領収金額(円), 区分, 保険点数 A, 費用額(円), 一部負担金(円)

Summary rows for insurance application, monthly limit (3,000 yen), and total request amount.

Calculation table for final subsidy amount (A, B1, B2, B3, C, D, E, F) and administrative fields for course and delivery date.