

乳幼児医療費助成申請書（請求書）

門川町長 殿

平成 年 月 日

申請者 住所
(保護者) 氏名 印

TEL

平成 年 月分医療費（入院・外来）の助成を受けたく申請（請求）いたします。

申請（請求）額		円	加入 保 険	被保険者氏名	
対 象 者	氏 名	(才)		保険証記号番号	
	生年月日	年 月 日		保険名	
口座振替金融機関名			口座名義 (かた)		
本・支店名			口 座 番 号		

- 注意事項（１）この申請書は、診療を受けた月の末日までの分をまとめて、翌月の10日までに医療機関の等の証明を受けて提出してください。
（２）この申請書と同時に被保険者証を必ず提示してください。

平成 年 月分診療（調剤）報酬 （入院・外来）	
診療報酬 請求点数	点 左記のとおり相違ないことを証明いたします。 平成 年 月 日 医療機関等の 所在地 名 称 氏 名 印
診療報酬 一部負担金 受領額	円
調剤報酬 負担金受領額	円 左記のとおり相違ないことを証明いたします。 平成 年 月 日 医療機関等の 所在地 名 称 氏 名 印
※ この欄は、お手数ですが医療機関及び調剤薬局等でご記入願います。 なお、特別室料、おむつ借料、容器料等の保険対象外の経費は控除してください。	

審 査	適 ・ 否	年分所得額 父 円 (扶養 人) 母 円 (扶養 人) 所得制限額 円 課税世帯 ・ 非課税世帯	審査印		
助 成 内 訳	一部負担金 合計額 (請求額)	控 除 額 内 訳			交 付 決 定 額
		附 加 給 付 額 等	控 除 (足 切) 額	控 除 額 計	
	円	円	円	円	円