

様式第5号(第13、第14関係)

こども医療費助成交付申請書(令和 年 月診療分)			
通院用(県単・町単)		令和 年 月 日	
あて先 川根本町長			
住 所 _____			
申請者(保護者)氏 名 _____ (印)			
電 話 _____ ()			
こども 氏 名		加入保険	国保 社保(割負担)
		記号番号	
		保険者名	
(申請者との続柄)			
生年月日	年 月 日生(歳)	付加給付	有 無

受診日	医療機関保険診療 A 自己負担額	院外処方調剤 B 自己負担額	A+B保険診療分 自己負担額	助成額
日				
日				
日				
日				
日				
日				
計 日	円	円	C 円	円
保険付加給付の有無		付 加 給 付 額		給 付 後 自 己 負 担 額
有 ・ 無				
C 付加給付後自己負担額 超過した場合		算定 C()- 円		助成決定額 円

※薬局からの院外処方分は、医療機関受診日と同じ欄に記入してください。

振込先金融機関名	口 座 番 号	口 座 名 義
信用金庫 本 店	普	
銀 行 支 店		
農 協 出張所		