

市記入欄	入院・通院 期間			入・通院日数	保険点数	保険診療額	控除額	自己負担額	補助額
	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	入院 通院	日 日		高額・附加	
					点	円	円	円	円

様式第5号(第12条関係)

子ども医療費助成申請書

平成 年 月 日

磐 田 市 長

住 所
申請者
(保護者) 氏 名
電 話



年 月分の子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
記

申請金額		円						
受診者	受給者番号				加入医療保険	被保険者(組合員)氏名		
	フリガナ氏名	男・女				記号・番号		
	生年月日	年 月 日				保険者名		
	区分	乳幼児 小学児童(小学校 年) 中学児童(中学校 年)				附加給付	有 無	
支払希望金融機関	金融機関名					口座種別		
	銀行 支店 金庫 農協 出張所					普通 当座		
	口座番号					口座名義人(フリガナ)		
保険医療機関等記入欄	保険診療等領収書							
	保険診療による自己負担額					円		
	診療期間(入院)					年 月 日から 年 月 日まで		
	診療期間(通院・調剤)					受診月		年 月分
	受診日	日	日	日	日	日	日	診療報酬請求点数計
	保険点数	点	点	点	点	点	点	点
年 月 日								
所在地 保険医療機関等 名称 代表者名								
印								

添付書類 診療報酬明細書又は領収書等保険医療機関等に支払った金額がわかる文書