

様式第6号(第6条関係)

| | | | | | | | |
|---------------------|-------|--|-----|--------|------|-------|-----|
| 子ども医療費助成申請書 | | | | | | | |
| 魚沼市教育委員会 様 | | | | | | 年 月 日 | |
| 申請者 住所 魚沼市 氏名 | | | | | | | |
| 下記のとおり医療費の助成を申請します。 | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | 保険者名 | | | |
| 受給者氏名 | | | | 記号・番号 | | | |
| 受療者氏名 | | | | 被保険者氏名 | | | |
| 振込指定機関 | 銀行名 | | 支店名 | | 口座番号 | | 氏名 |
| ※ | 他法負担額 | | | 一部負担額 | | | 決定額 |

(注) ※印欄は記入しないこと。
助成申請額の算定方法等裏面参照。

| | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------------|-----------|---------|--------------|--|--|--|
| (診療月 年 月分) | | | | 領 収 書 | | | |
| 外来 | 月の初回受診日の領収済額 | 円 | | 当月分点数 点 | | | |
| | 月の2回目受診日の領収済額 | 円 | | | | | |
| | 月の3回目受診日の領収済額 | 円 | | | | | |
| | 月の4回目受診日の領収済額 | 円 | | | | | |
| 入院 | 入退院年月日 | . . ~ . . | 当月分点数 点 | | | | |
| | 再入退院年月日 | . . ~ . . | | | | | |
| 訪問看護 | 利用日数 | 日 | | 当月分療養費 円 | | | |
| 他法負担の有無 | 障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業・ 児童福祉法・その他() | | | 公費分点数 点 | | | |
| | | | | 患者負担額(公費分) 円 | | | |
| 上記のとおり領収しました。 | | | | 所在地 | | | |
| 年 月 日 | | | | 医療機関等 名称 | | | |
| 様 | | | | 氏名 | | | |

(注) 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書(領収書)が必要です。

注意事項

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額を控除した額が申請額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

- | | |
|-----------------------------|----|
| (例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 | 1枚 |
| (2) 外来と入院の場合 | 2枚 |
| (3) 外来と入院、再入院の場合 | 2枚 |
| (4) 外来と入院と訪問看護の場合 | 3枚 |

3 不明の点は、市の担当窓口へおたずね下さい。