

小児医療費助成申請書

令和 年 月 日

葉山町長 殿

住所 葉山町

(申請者) 氏名 _____ (印)

電話 () _____

次のとおり、小児医療費の助成を申請します。

対象小児	フリガナ		受給者番号	8	0				
	氏名		生年月日	平成・令和		年		月	日
	住所	葉山町							
加入保険	保険の種類	国保・国保組合・健康保険組合・協会けんぽ・共済組合・その他							
	被保険者氏名		記号・番号	(記号)		(番号)			
	保険者名		資格取得日	平成・令和		年		月	日
	保険者番号								
診療期間	平成・令和 年 月 日			～	平成・令和 年 月 日				
医療機関名称及び所在地	領収書のとおり		入院・入院外区分	入院・入院外					
診療科目	医科・歯科・調剤・柔整・補装具・その他()								
申請理由	1. 県外での受診 2. 医療証交付前の受診 3. 県外国保加入 4. 医療証・保険証忘れ 5. その他()								
医療費総額	円		助成申請額	円					
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		支店名	本店 支店				
	金融機関コード			本・支店コード					
	口座種別	普通・当座		フリガナ					
口座番号								口座名義人	

町記入欄

補助区分	県・町	受診時年齢	歳	助成決定額	円
内訳	入院	件	日	円	入院外 件 円
	歯科	件		円	調剤 件 円
	補装具	件		円	その他 件 円