

㊦ 子育て支援医療費支給申請書



年 月 日

(あて先) 久御山町長
住所 久御山町

乳幼児、児童及び生徒との続柄
申請者 氏名 ㊦ ()
(保護者)

電話() —

下記のとおり、令和 年 月 入院分・外来分・()の京都子育て支援医療費の支給を申請します。

乳幼児、児童及び生徒	乳幼児、児童又は生徒氏名	男・女	加入保険	記号・番号	
	生年月日	平成・令和 年 月 日		被保険者氏名	
	住所	久御山町		保険者番号	
	受給者番号			名称	

医療を受けた病院 _____ 科

申請事由
 1 京都府外の受診のため
 2 受給者証交付前の受診のため
 3 その他()

医療機関等記入欄	受領証(総点数は保険診療分についてのみ記入) _____ 年 月診療分				
	受診者名	診療区分	医科・歯科・調剤・その他()	入院・入院外の別	入院・入院外
	総点数 (内当該月の初回点数) (点)	公費負担分	()	診療実日数	日
		受領額	円	負担率	割
	上記のとおり診療し、自己負担額 _____ 所在地 _____ を受領しました。 _____ 医療機関 名称 _____ 年 月 日 _____ 氏名 _____ ㊦				
	(注)1 レセプト単位で作成してください。 2 当該月の初回点数は、一部負担金を算出するためのものです。				

備考 <受領方法>

振込 → (金融機関名 _____ 支店名 _____)

現金 (口座(フリガナ) _____ 口座種別 { 普通 } _____
 名義人(漢字) _____ 当座 } 口座番号 _____)

- この申請書は1か月ごと、入院・外来ごとに必要です。
- 受領証欄は医療機関等で記入してもらってください。(ただし、同様の内容が記載された領収書を添付できる場合は記入不要です。)
- 申請の際には必ず子育て支援医療費受給者証、健康保険証、印鑑を持参してください。

※審査支給決定	総点数	費用額	負担率	自己負担額 自己支払額	高額療養費 附加給付	一部負担金	支給決定額	決定月	審査印
	点	円	2割 3割	円 円	円 円	円	円	月	
	国保 国退 健家	入・外 歯・調 他	日	不支給理由			備考		