

子 ども 医 療 費 給 付 申 請 書

令和 年 月 日

五所川原市長

住 所： 五所川原市 _____

保護者氏名： _____

電 話 番 号： _____

五所川原市子ども医療費給費条例（平成17年五所川原市条例第110号）第6条第3項の規定により、令和 年 月分の医療費の給付を申請します。医療機関証明欄は領収書添付により省略します。

※ 太枠の中だけ記入してください。

対象児宛名コード		保険区分	国保・協会けんぽ・共済組合・健保組合（ ）
対象者氏名	男・女	資格証区分	<input type="checkbox"/> 未就学児
生年月日	平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 小・中・高生
支払金融機関	銀行 支店	フリガナ	
	金庫 支所	<input type="checkbox"/> 座名義人	
	組合	<input type="checkbox"/> 座番号	
	農協		

医療 機 関 証 明 欄	区 分	入 院 ・ 外 来	入院日数	日
	食事を除く患者負担額	円	医療費総額	円
	上記の患者負担額及び食事負担額を受領したことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関等の所在地・名称 開設者氏名 ㊟			

高 額 療 養 費 と の 調 整					
	一部負担金額	高額療養費	付加給付金額	受給者負担額	給付決定額
入院	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円

計算	検算	口座入力	口座入力 チェック	給付入力

学校管理下での診療ではない