

高校生等医療費助成金請求書

甲州市長 様  
下記のとおり請求します。

				診察年月	年 月 分	請求年月日	年 月 日	
請求者記入欄	請求者 (保護者)	フリガナ		連絡先	— —	加入保険	保険者番号	
		氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日		保険者名称	
		住所					記号・番号	記号： 番号：
	高校生等	フリガナ		生年月日	年 月 日		被保険者名	
		氏名					付加給付	無・有 (自己負担限度額 円)
		住所	請求者と同居 <input type="checkbox"/>					
振込先	金融機関名		支店名		種別	口座番号		口座名義人 (カタカナ)
					普通・当座			

医療機関等記入欄	診療年月	年 月 分	診療報酬 請求点数	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										医療機関等の証明 左記のとおり相違ないことを証明する。  年 月 日 所在地： 名称： 代表者： Ⓜ
	診療日数	日	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで (入院日数 日)	公費負担 点数	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	保険診療 に係る本 人負担額	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
窓口負担	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他 ( )	円												

市記入欄	入院に係る療養に要した費用額	円 … (A)	高額療養費 (付加給付額)	円 … (D)
	保険者負担額 (公費負担含む。)	円 … (B)	入院食事負担額	円 … (E)
	法定一部負担額 (A) - (B)	円 … (C)	支給請求額 (C) - (D) - (E)	円

注意事項

1. 申請時に医療機関等の領収書、加入している健康保険証の写し、保護者名義の通帳の写しを一緒に添付して下さい。別途書類が必要な場合があります。
2. 領収書に必要な事項の記載がない場合、医療機関等の証明が必要になります。
3. 助成金の請求期間は、保険給付に係る療養を受けた日の属する月の翌月の初日から2年以内です。
4. 健康保険適用分のみ助成となります。(差額ベッド代、食事療養費、保険適用外診療等については助成対象外となります。)
5. 学校管理下での怪我で日本スポーツ振興センターから保険給付を受けるものについては対象外となります。