様式第4号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院 | 入院外 | 歯科 | 調剤 | 　 |
| 保護者記入欄 | こども医療費請求書年　　月　　日　氷川町長　　　　様受給者　　住所　　八代郡氷川町　　　　番地(保護者)　氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　医療費助成金を下記のとおり請求します。 |
| こ ど も氏　　名 | 　 | 男・女 | 受給者番号 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 種別 | 乳幼児・小学生・中学生・高校生 | 保険種別 | 国・政・組・共・日・船 |
| 被保険者証記号番号 | 　 | 保険者名 | 　例：全国健康保険協会○○支部○○健康保険組合 |
| 　 |
| 医療機関記入欄 | 保険医療機関コード | 　 |
| 　下記の金額を領収しました。　　　　　　年　　月　　日　　　　　医療機関の所在地　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 診療月 | 総点数 | 一部負担金 |
| 年　　　月分　 | 点　 | 円　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 　　【注意点】 | ①この請求書は、医療機関別、月別に作成してください。②医療機関窓口にて、必ず一部負担金を立替払いしてください。③遠隔地の医療機関の場合は、領収書で請求いただいても結構です。④診療月から1年以内に役場福祉課に提出してください。⑤その他の医療費助成を受けることができる場合は、その額を差し引いた額となります。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役場記入欄 | (附加給付・高額療養費、ひとり親医療、重心医療等)計算欄 | 支払決定額 |
| 　 | 円　 |

※特にない場合は空白