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