

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 (保護者) 住 所 八代郡氷川町 番地
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 { 全国健康保険協会〇〇支部〇 〇健康保険組合 }

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

⑨

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