

第1号様式 (第5条関係)

小児医療費助成申請書

療養を受けた 小児	受給者番号						
	氏名						
	生年月日	年	月	日			
	申請者との続柄						
保険の種類	1. 国保 2. 組合 3. 協会けんぽ (政管) 4. 共済 5. その他 ()			被保険者証 記号番号			
保険者名	符 号			名 称			
入院・入院外の別		1. 入院			2. 入院外		
診療等を受けた期間		年	月	日から	年	月	日
病院の名称	名 称						
所在地	所在地						
保険診療点数	点		保険診療費用	円			
保険負担割合	8 割	7 割	支 給 額	円			
備 考							
支給額は、次の口座にお振り込みください。							
振 込 先	銀 行		1. 普通	口座番号			
金 融 機 関	信用金庫 農 協 店		2. 当座	フリガナ			
				口座名義			
次のとおり、小児医療費助成事業の医療費の申請をします。							
年 月 日							
箱 根 町 長 様							
申請者 住所							
電話番号							
氏名							
印							

1. 領収書を添えて申請してください。なお、保険で付加給付のある場合は、申し出てください。
2. 被保険者証 (組合員証) をお持ちください。