

様式第4号(第7条関係)

富士吉田子育て応援医療費助成金支給申請書

富士吉田市長 様

下記のとおり支給されるよう申請します。

「子育て応援医療費助成金受給資格者証」に記載されている
「受給者番号」を記入してください。

提出日を記入してください。

平日の日中に連絡可能な電話
番号を記入してください。

申請者記入欄	申請者 (保護者)	氏 名	吉 田 太 郎		受給資格証番号			
		住 所 電 話 番 号	富士吉田市下吉田 6-1-1 090 ()		加入 保険	区 分	☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ 共済組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 組合健保 ☐ その他()	
	子 ども	氏 名				被保険者等 記号・番号		
		生 年 月 日	年 月 日生			保 険 者 名 及 び 番 号	-----	
医療機関等記入欄	年 月 分		入院 時 食 事 療 養 費	総日数	日		【こども家庭センター窓口に持参してください】 ●健康保険証 ●子育て応援医療費助成金受給資格者証	
	区 分	☐ 入院外 ☐ 歯科 ☐ 薬剤 ☐ 入院 ☐ その他()		標準負担額	円			
		窓口負担	☐ 2割 ☐ 3割	総費用	円			
	診療報酬 請求点数	点	訪問看護療養費	回数	回			
	公 費 負 担	有()円・無	その他	基本利用料	円			
		総費用		円				
住所 地 名 称 代 表 者		負担額		円				
市町村記入欄	療養に要した費用額		円 …(A)		付加給付額(高額療養費)			
	保険者負担額(公費負担含む。)		円 …(B)		入院食事負担額			
	法定一部負担額(A) - (B)		円 …(C)		保護者負担額			
					支給申請額 (C) - (D) + (E) - (F) 円			

領収書に保険診療点数が未記入の場合のみ、診療月の翌月にこの欄へ医療機関で
保険点数の証明を受けてください。

【注意】

- 医療費助成金の支給申請は、診療の翌月からとなります。また、受診日の翌月以降から2年を経過すると申請できませんのでご注意ください。
- この支給申請書は、一人につき、月ごと・医療機関ごと・入院・通院ごと処方箋薬局も別に用紙が必要になります。