

子どもの医療費助成申請書（償還払用）

令和 年 月 日

志賀町長 様

(申請者) 〒
住 所
氏 名
電話番号

子どもの医療費助成を受けたいので、領収書を添付して申請します。

領収書枚数 枚

受給資格者番号								加入 保 険	被保険者氏名							
子 ど も	ふりがな						平成 令和		年	月	日	保険証記号番号				
	氏名											男	・	女	保 険 者 名	
	生年月日															助成額
性別						本人負担額		高額療養費・付加給付	助成額							
①		②		①-②=③												
円		円		円												

- 1 保険適用されない場合（薬の容器代、予防接種、文書料、入院時の食事療養費や差額ベッド代など）は助成の対象外です。
- 2 高額療養費や家族療養付加給付金が支払われる場合は、助成額から差し引きますので、先に加入の健康保険に手続きを済ませ、健康保険が発行した支給決定通知書等を添えてください。
- 3 次の場合は、医療機関の窓口で受給資格証を提示しないでください。
交通事故など、第三者行為による診療の場合
学校や保育園等の負傷など、日本スポーツ振興センターの給付対象となる場合
- 4 支払通知書は送付しませんので、振込後口座の確認をお願いします。