

山梨市子ども医療費助成金申請書

請求者記入欄	住 所	世帯主氏名(保護者)	保護者との続柄	子ども氏名	子ども生年月日	年 齢
	山梨市 番地				年 月 日	歳
	保 険 種 別	保険証記号番号	保険者の名称	左 の 事 務 所 の 所 在 地		
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> その他()			TEL		
医療機関等記入欄	医療機関の証明 ※この欄は、診療を受けた日の翌月10日以降に、医療機関等で記入及び証明を受けて下さい。					
	診療報酬請求点数 年 月分 点 (診療日)	実診療日数 日間	入院・入院外等の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/> その他()		医 療 機 関 等 所 在 地	
	入院時食事療養費(標準負担額 <input type="checkbox"/> 260円× 食 <input type="checkbox"/> 210円× 食 <input type="checkbox"/> 160円× 食) 期 間 年 月 日～ 年 月 日 総 額 円うち一部負担金 円			名 称		代 表 者 名 (印)
	医療機関以外の証明					
	家族訪問看護療養費 期間 年 月 日～ 年 月 日 負担額 円× 回= 円			その他の療養費 負担額 円		
	訪問看護事業者 所在地 名称・代表者 (印)			上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 保 険 者 (印)		
市役所記入欄	A 療養に要した額		円	E 入院食事負担額等		円
	B 保険者負担額		円	F 高額療養費		円
	C 公費負担額		円	G 附加給付額		円
	D 本人負担額(A-B-C)		円	H 助成金請求額(D+E-F-G)		円
請求者記入欄	上記のとおり支給されるよう申請します。			金 融 機 関 名		
	令和 年 月 日			本 ・ 支 店 名		
	山梨市長様			口座の種類	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 当座 <input type="checkbox"/> 3 貯蓄	
	請求者氏名 (印)			口座番号		
	TEL			フリガナ		
				口座の名義		

※領収書を添付する場合は、請求書左上前面にホッチキス等で止めて提出してください。
※入院費の請求の際、高額療養費、付加給付金の支給対象か確認をしてから提出してください。

※口座記入欄は、一枚目のみ記入してください。
※請求できるのは、診療月から2年間となります。