

第5号様式（第6条関係）

子どもの医療費助成申請書

令和 年 月 日

唐津市長 様

住所 唐津市

申請者氏名

(電話)

唐津市子どもの医療費の助成に関する条例第6条第3項の規定により申請します。また、この申請に当たり、助成対象となる医療費に係る保険給付、医療給付及び付加給付に関して、必要に応じ関係機関に対し調査及び情報提供をすることに同意します。

子ども	フリガナ氏名		加入医療保険	被保険者氏名	
	住所	☐ 申請者と同じ唐津市		記号・番号	
	生年月日	平成 年 月 日生 令和		保険種別	協・組・船・共・国
振込口座	口座名義人氏名 ()			子どもとの続柄 ()	
	金融機関名 支店(支所)名			口座番号	
	※振込口座は、初回申請の場合又は口座を変更される場合のみご記入ください。				

医療機関等記入欄

受診者氏名				診療月	平・令 年 月分
1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	診療実日数	日
保険診療総点数		保険者給付割合	他法公費負担点数	保険診療一部負担額	訪問看護利用料
点		割	点	円	(日間) 円
一部負担金に係る入院外の保険点数内訳				上記の金額を領収したことを証明します。 令和 年 月 日	
	診療日	保険点数	一部負担金額	医療機関等所在地 住所 代表者名 ⑤	
1 回目		点	円		
2 回目		点	円		
3 回目以降		点	円		

市記入欄

市記入欄				受付	令和 年 月 日
保険診療総額		保険者給付割合	保険診療一部負担額	訪問看護利用料	計
円		割	円	円	① 円
控除額	付加給付額	円		備考	
	高額療養費	円			
	自己負担	1 回目 円	2 回目 円		
	計	② 円			
支給決定額		①－② 円			

保険診療分の医療費を医療機関ごとに一月分まとめて診療月の翌月から一年以内に申請してください。保険診療以外の医療費や申請期間を過ぎたものについては申請できません。尚、診療明細の記載された領収書の原本を申請書に添付することで医療機関の証明無しでも申請できますが、一度受けつけた領収書はお返しすることができませんのでご注意ください。

