

子ども医療費助成金請求書

令和 年 月 日

徳島市長 殿

(請求者)	住所	
	氏名	Ⓜ
	(電話	- -)

子ども医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき子ども医療費助成金として、つぎのとおり申請します。

なお、この申請に係る助成対象の子ども及び同一保険加入者の療養費給付状況、診療内容、医療給付状況、付加給付の支給状況について徳島市が保険者並びに公費負担者医療の実施主体に対し、回答を求めることに同意します。

子ども医療費助成金請求額		一金	円也
受診区分		医〔入外〕・歯〔入外〕・薬・訪・施・コルセット等	
受診年月		平成・令和	年 月分
子ども	受給者番号	加入保険	被保険者名
	氏名		保険証記号番号
	生年月日		平成 令和 年 月 日

上記請求による子ども医療費助成金について、下記口座に振込を依頼します。

振込先口座		預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行	支店	普通 当座		

助成額算定欄

本人支払額	一部自己負担金	附加給付額	円	助成額
円	円	療養費支給額	円	円

一金

上記請求による子ども医療費助成金を領収しました。

令和 年 月 日

資金前渡職員 殿

氏名

Ⓜ

注1 医療機関等で発行された領収書を添付してください。

注2 治療用装具等について保険給付のある場合には「療養費支給済証明書」を添付してください。

子ども医療費助成金請求書

令和 年 月 日

徳島市長 殿

お子様の健康保険の被保険者の方の住所、氏名、連絡先を記入し、押印(シャチハタ以外)してください。

住所 徳島市幸町2丁目5番地
(請求者) 氏名 徳島 太郎
(電話 090 - XXXX - XXXX)

子ども医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき子ども医療費助成金として、つぎのとおり申請します。

なお、この申請に係る助成対象の子ども及び同一保険加入者の療養費給付状況、診療内容、医療給付状況、付加給付の支給状況について徳島市が保険者並びに公費負担者医療の実施主体に対し、回答を求めることに同意します。

病院を受診されたお子様の氏名、生年月日、子ども医療費受給者証に記載の受給者番号を記入してください。

一金 円也
医(入外)・歯(入外)・薬・訪・施・コルセット等
診 年 月 平成・令和 年 月分

子ども 受給者番号 4612331
氏名 徳島 はな
生年月日 平成 25年1月21日

保護者の口座情報を記入してください。(お子様の口座には振り込みできません。)

上記請求による子ども医療費助成金について、下記口座に振り込まれます。

Table with columns: 振込先口座, 預金種別, 口座番号, フリガナ口座名義人. Includes Tokushima Bank, Tokushima Branch, Ordinary Account, and account number 1234567.

記入内容を確認してください。

- 請求者は健康保険の被保険者ですか?
お子様の情報に間違いはありませんか?
兄弟姉妹の情報ではありませんか?
振込先口座は請求者の口座ですか?
印鑑は押していますか?

給付額 円 = 助成額
費支給額 円

添付書類を確認してください。

- 領収書のコピーはありますか?
振込先口座のわかるもののコピーはありますか?
(支給済通知書が必要な場合のみ) 保険者からの支給済通知書のコピーはありますか?
(装着証明書等が必要な場合のみ) 装着証明書(処方箋、作成指示書等)のコピーはありますか?