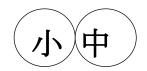
様式第3号(第5条、第9条関係)



小•中学生医療費助成金申請書

神埼市長 様 年 月 日

申請者 住所 (受給者) 氏名

)

子供との続柄 : 父・母・その他(

Tel

下記のとおり小・中学生医療費を請求します。

【申請者記入欄】

年 月受診分 請求額			件 (領 <i>(</i> 保降	事以 象校	・ の枚数) 本人負担額)	
フ リ ガ ナ 子 供 の 氏 名				加加	被保険者氏名	
子供の生年月日	年	月	日	入 保 険	保 院 証 ま き 番 号	記号: 番号:
保険取得年月日					保険者名称	

保険診療点数 点

【医療機関等記入欄】

保険診療額(領収)証明

子供の氏名										
診療月	年 月分(入院がある場合は、入院日数 日)									
	入院	入 院 外	歯科	調剤						
保険診療点数	点	点	点	点						
公費負担点数	点	点	点	点						
保険診療一部負担金	円	円	円	円						
訪問看護利用料			円							

上記の金額を領収しました。 年 月 日

> 医療機関等所在地 名 称

代表者 (EII)

- * 医療機関等の領収書を添付する場合は、上記の領収証明欄は不要です。
- * 助成の申請期間は、診療を受けた月の翌月から1年です。
- 小・中学生1人につき月額500円を控除した額を助成します。
- 健康保険適用分のみ助成します。(保険適用外、食事療養費などは助成対象外) 学校管理下での怪我等でスポーツ振興センターより保険給付を受けるものは対象 <u>外です。</u> 【市記入欄】

				給	付	決	定	額					審	査	欄
				一部負担	旦額	高額源	寮養費	付加持	給付	給	付	額			
保	険	診	療		円		円		円						
訪問	看言	蒦 利 月	月料		円		円		円			円			