

小・中学生及び高校生等医療費助成申請書

年 月 日

神埼市長 様

申請者 住所

(受給者) 氏名

印

電話番号

下記のとおり小・中学生及び高校生等医療費助成を申請します。

【申請者記入欄】

Table with columns for request amount, insurance status, and recipient information.

【振込先】 事前に登録された口座を記入してください。登録口座が分からない場合は、今回登録を希望する保護者の口座をご記入ください。

Table for bank account information including financial institution, branch, account number, and name.

- * 県外医療機関等、整骨院を受診された場合は、この申請書を提出してください。
* 申請書は、児童ごとに医療機関(入院・外来・調剤等別)、診療月別で作成してください。
* 申請書は、診療月の翌月以降に1ヵ月分をまとめて提出してください。
* 助成の申請期間は、診療を受けた月の翌月から1年以内です。
* 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外です。

【医療機関等記入欄】

保険診療額(領収)証明

Table for medical institution details and insurance payment proof, including hospital type, dates, and amounts.

領収書貼り付け箇所

※保険診療点数 点