

記入例

双葉町子ども医療費助成申請書

双葉町長様

申請書を提出する日を記入→ 平成28年 1月22日

申請者(受給者) 住所 双葉町大字 新山字前沖28
 氏名 双葉太郎(受給者氏名) 必ず押印→ ㊟
 電話番号 日中連絡のとれる電話番号

受給者番号	0027000 資格証に記載の7桁の番号	子ども氏名	フリガナ フタバ ジロウ 双葉 次郎
生年月日	平成 28年 1月 3日	個人番号 (マイナンバー)	□□□□□□□□□□□□ (12桁)

助成申請に必要なもの ①子ども医療費助成申請書(領収書がない場合は保険診療証明書) ②領収書

医療機関記入欄(医療費の証明は月単位とします。)

保 険 診 療 証 明 書

申請書の提出枚数について

※ 診療月・医療機関・入院外来に分けて申請書を提出してください。

(例1) ○月と△月に●病院を受診の場合
→○月分と△月分の 2枚提出

(例2) ○月に●病院と■薬局を受診の場合
→●病院分と■薬局分の 2枚提出

(例3) ○月に●病院で入院と外来受診の場合
→外来分と入院分の 2枚提出

申請上の注意

領収書を添付して申請する場合は、証明欄への記入は不要です。(領収書と申請書のホッチキス留めやのり付けは不要です。)

領収書を紛失した場合や添付できない場合は、証明欄に受診した医療機関等の証明が必要です。(医療機関以外が記入したり、医療機関の証明印がない申請書は、無効。)

申請書はコピーするなどして、2~3ヶ月ごとに申請してください。

※ 【償還払いとなる場合】
 ・柔道整復師医療(接骨院等)を受診した場合
 ・同月、同医療機関への支払った一部負担金が21,000円を超える場合
 ・資格証を使用しなかった場合 等

録申請書
ることが

届出がない場合、届出が遅れた場合は、不利益を被る場合がありますのでご注意ください。

【この欄は記入しないでください。】

受領金額合計(①)	高額療養費支給額(②)	附加給付額(③)	支給決定額(①-②-③)
円	円	円	円