

受給者番号				被保険者名			
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 協会	被保険者証	記号番号		
	<input type="checkbox"/> 日雇	<input type="checkbox"/> 船員	<input type="checkbox"/> 共済	保険者名		符 号	
ふりがな		小児の氏名		生年月日		年 月 日	
申請の種類	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 薬剤	<input type="checkbox"/> 看護			
	<input type="checkbox"/> 移送	<input type="checkbox"/> 補装具	<input type="checkbox"/> その他				
入院・入院外の別	<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 入院外				
診療等を受けた期間	年 月 日から		年 月 日				
医療費総額	円		助成申請額	円			
申請の理由	<input type="checkbox"/> 県外での受診の為		<input type="checkbox"/> その他		()		
	<input type="checkbox"/> 医療証を忘れた為						
受領方法	<input type="checkbox"/> 窓口受け取り			<input type="checkbox"/> 振込			
	※申請後、中井町会計課より支払通知書が送付されますので、支払通知書をご持参の上、中井町会計課窓口にて受領してください。			金融機関名			
				支店名			
				口座名義人			
			口座番号				
<p>上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。</p> <p>なお、医療費の助成決定に関して、資格の有無及び所得の状況等について公簿で確認することに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>中井町長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名</p>							

※町記入欄

年分の所得の合計額		円
控除額	雑損控除額	円
	医療費控除額	円
	小規模企業等掛金控除額	円
	障害者控除額	円
	老年者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額	円
	児童手当法施行令第3条第1項による控除額	円
控除額合計		円
控除後の所得額		円
助成対象の可否		可 ・ 否
助成額の計算	自己負担額(入院時食事療養費を除く)	円
	高額療養費	円
	附加給付等	円
	控除額計	円
	差引助成額	円
	附加給付の計算等	

- 備考
- のある欄には該当する項目をチェックしてください。
 - ※印の欄には記入しないでください。
 - 受給者番号欄には、乳児の医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
 - 被保険者の欄には、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。
 - 太枠内は、本申請書の対象となる小児の健康保険証の写しを添付することで記入を省略できます。
 - 申請にあたっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収書を添えてください。
 - (1) 入院・入院外の別(入院の場合は入院日数)
 - (2) 受給者の氏名
 - (3) 領収書(入院時の給付費を除きます。)
 - (4) 保険診療点数
 - (5) 診療年月日
 - (6) 領収年月日
 - (7) 病院等の所在地、名称、領収印