

子ども医療費一部負担限度額差額給付申請書

年 月 日

岡山市長 様

下記のとおり、領収書を添えて「子ども医療費一部負担限度額差額」の給付を申請します。

なお、給付額の決定に必要な場合、公簿により所得・負担区分等を確認されることに同意します。

申請者	氏名										
	住所	(〒 —) 岡山市							電話 (— —)		
受給者番号	受給者番号					加入医療保険の内容	保険者番号				
	フリガナ						保険者名				
	患者氏名						被保険者証 記号・番号				
	患者 生年月日	年 月 日					被保険者・組合員 氏名(保護者)				
		年 月 日					認定年月日 (資格取得日)	年 月 日			

年 月 (外来) 受診状況一覧					
受診状況	医療機関 (薬局・訪問看護ステーションを含む) の名称	窓口負担額	受診日数	保険点数 総医療費	一部負担金相当額
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
				合計(A)	

※保険診療に係る一部負担金を記入すること。

市記入欄	給 付 決 定		
	自己負担額(A)	負担上限額/月	支給決定額
	()	()	= _____

振込口座	金融機関名	() 銀行 () 信用金庫 () 信用組合 () 農協	支店名	本店・ () 支店 出張所 本所・ () 支所	預金種別	普通(総合)・当座
				店番号		
					口座番号	
	フリガナ					
	名義人					