

様式第6号(第6条関係)

子ども医療費助成申請書							
							年 月 日
魚沼市教育委員会 様				申請者 住所 魚沼市			
				氏 名 ㊟			
下記のとおり金				円の医療費の助成を申請します。			
受給者証番号				保険者名			
受給者氏名				記号・番号			
受療者氏名				被保険者氏名			
振込指定機関	銀行名		支店名		口座番号		氏名
※	他法負担額			一部負担額		決定額	

- (注) 1 氏名を自署する者は、押印を省略することができる。
 2 ※印欄は記入しないこと。
 3 助成申請額の算定方法等裏面参照。

(診療月 年 月分)		領 収 書	
外来	月の初回受診日の領収済額	円	当月分点数 点
	月の2回目受診日の領収済額	円	
	月の3回目受診日の領収済額	円	
	月の4回目受診日の領収済額	円	
入院	入退院年月日	. . ~ . .	当月分点数 点
	再入退院年月日	. . ~ . .	
訪問看護	利用日数	日	当月分療養費 円
他法負担 の有無	障害者自立支援法・特定疾患治療研究事業・ 児童福祉法・その他()		公費分点数 点
			患者負担額(公費分) 円
上記のとおり領収しました。		所在地	
年 月 日		医療機関等 名称	
様		氏 名	㊟

(注) 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書(領収書)が必要です。

注意事項

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

(1) 外来の場合は月の初回から4回目まで受診日ごとに 円(その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額)を控除した額が申請額となります。

(2) 入院の場合は入院した1日につき 円を控除した額が申請額となります。

(3) 訪問看護の場合は利用した1日につき 円で計算した額を控除した額が申請額となります。

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

(例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 1枚

(2) 外来と入院の場合 2枚

(3) 外来と入院、再入院の場合 2枚

(4) 外来と入院と訪問看護の場合 3枚

3 不明の点は、市の担当窓口へおたずね下さい。