

子ども医療費給付申請書

宝達志水町子ども医療費の受給を受けたいので申請します。

平成 年 月 日 住 所 宝達志水町

保護者氏名 印

宝達志水町長 様 電話番号

医療費支給の際、日本スポーツ振興センターへの確認を同意します。

医師証明欄

受診者氏名		生年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 日本スポーツ振興センター申請なし			
傷病名		診療期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 実日数 日間
総医療点数	点	国保・社保の別	国保・社保
		入院・外来の別	入院・外来
患者負担額	円	窓口負担の割合	2割・3割
上記のとおりであることを証明します。			
平成 年 月 日			医療機関名 印

医療報酬費	保険者負担額	公費負担額	高額医療費	附加給付費	給付決定額
—	—	—	—	—	—

※申請期限は、診察日から1年以内 ※裏面には記入しないでください。

子ども医療費給付申請書

宝達志水町子ども医療費の受給を受けたいので申請します。

平成 年 月 日 住 所 宝達志水町

保護者氏名 印

宝達志水町長 様 電話番号

医療費支給の際、日本スポーツ振興センターへの確認を同意します。

医師証明欄

受診者氏名		生年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 日本スポーツ振興センター申請なし			
傷病名		診療期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 実日数 日間
総医療点数	点	国保・社保の別	国保・社保
		入院・外来の別	入院・外来
患者負担額	円	窓口負担の割合	2割・3割
上記のとおりであることを証明します。			
平成 年 月 日			医療機関名 印

医療報酬費	保険者負担額	公費負担額	高額医療費	附加給付費	給付決定額
—	—	—	—	—	—

※申請期限は、診察日から1年以内 ※裏面には記入しないでください。