

# 小児医療費助成申請書

※町記入欄

|                        |   |      |       |              |                |  |               |
|------------------------|---|------|-------|--------------|----------------|--|---------------|
| 受給者番号                  |   |      |       | 被保険者名        |                |  |               |
| 保険の種類                  | 1 国保 2 他国保 3 協会けんぽ<br>4 組合 5 日雇 6 共済 7 船員   |      |       |              |                |  | 被保険者証<br>記号番号 |
| 保険者名                   | 符 号   |      |       | 名 称          |                |  |               |
| 小児の氏名                  |   | ふりがな |       | 生年月日         | 平成<br>令和 年 月 日 |  |               |
| 申請の種類                  | 1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護<br>5 移送 6 補装具 7 その他     |      |       |              |                |  |               |
| 入院・入院外の別               | 1 入院 2 入院外                                  |      |       |              |                |  |               |
| 診療等を受けた期間              | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで<br>令和               |      |       |              |                |  |               |
| 医療費総額                  | 円   |      | 助成申請額 | 円            |                |  |               |
| 診療を受けた医療機関             | 1 添付領収書のとおり 2 その他 ( )                       |      |       |              |                |  |               |
| 申請の理由                  | 1 県外の医療機関で受診した 3 その他<br>2 医療証を提出しなかったため ( ) |      |       |              |                |  |               |
| 振込先<br>金融機関            | 銀行<br>農協<br>信金                              |      | 1 普通  | 口座番号         |                |  |               |
|                        | 本・支店  |      | 2 当座  | フリガナ<br>口座名義 |                |  |               |
| 上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。 |   |      |       |              |                |  |               |
| 令和 年 月 日               |   |      |       |              |                |  |               |
| 湯河原町長様                 |   |      |       |              |                |  |               |
| 住所 湯河原町                |   |      |       |              |                |  |               |
| 電話番号                   |   |      |       |              |                |  |               |
| 氏名                     |   |      |       |              |                |  |               |

|           |                     |     |
|-----------|---------------------|-----|
| 年分の所得の合計額 |                     | 円   |
| 控         | 雑損控除額               | 円   |
|           | 医療費控除額              | 円   |
|           | 小規模企業共済等掛金控除額       | 円   |
| 除         | 障害者控除額              | 円   |
|           | 高齢者・寡婦・ひとり親・勤労学生控除額 | 円   |
| 額         | 児童手当法施行令第3条第1項による控除 | 円   |
|           | 控除額計                | 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含む)  | 円   |
|           | 高額療養費               | 円   |
|           | 付加給付等               | 円   |
|           | 保険対象外額              | 円   |
|           | 一部負担金額 ( 円 × 回 )    | 円   |
|           | 控除額計                | 円   |
| 差引助成額     |                     | 円   |
| 附加給付の計算等  |                     |     |

- 備考
- 1 番号の欄は、該当するものを○で囲んでください。
  - 2 ※印の欄には、記入しないでください。
  - 3 受給者番号欄には、小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。
  - 4 被保険者名は、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。
  - 5 申請に当たっては、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証を添えてください。
    - (1) 入院・入院外の別 (入院の場合は入院日数)
    - (2) 受診者の氏名
    - (3) 領収額 (入院時の給食費を含みます。)
    - (4) 保険診療点数
    - (5) 診療年月日および領収年月日
    - (6) 病院等の所在地、名称、領収印