

(表)

妊産婦・子ども医療費助成申請書			
阿賀町長 様		年 月 日	
		申請者 住所 氏名	印
下記のとおり、医療費の助成を申請します。			
受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
受療者氏名		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組	支店	口座番号
	金庫・農協	出張所	フリガナ
			口座名義人

市町村確認欄

助成決定額	円
-------	---

・・・・・・・・・・以下は医療機関等に記入してもらうこと。・・・・・・・・・・

(年 月診療分)

		保険診療点数	一部負担額	
外 調 来 剤	月の初回受診日	点	円	
	月の2回目受診日	点	円	
	月の3回目受診日	点	円	
	月の4回目受診日	点	円	
	月の5回目受診日	点	円	
	合 計	点	円	
入 院	入院日	年 月 日～ 年 月 日		
	入院日数	保険診療点数	一部負担額	
	日	点	円	
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当	回
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・ 母子保健法・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。

年 月 日

様 (受給者氏名)

医療機関等 所在地
名 称 印
氏 名

(注) 1 一部負担額の欄は、医療保険及び他法負担適用後の金額を記入してください。
(医療保険適用外の額を含めないこと)

2 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。