

小児医療費助成申請書

|  |  |                |            |               |                 |       |   |
|--|--|----------------|------------|---------------|-----------------|-------|---|
| 受給者番号  |  |                |            |               |                 | 被保険者名 |   |
| 保険の種類  | 1国保<br>4組合<br>7共済                      | 2国組<br>5日雇     | 3協会<br>6船員 | 被保険者証<br>記号番号 |                 |       |   |
| 保険者名   |  |                |            | 保険者番号         |                 |       |   |
| 小児の氏名  |  |                |            | 生年月日          | 年               | 月     | 日 |
| 申請の種類  | 1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護<br>5 補装具 6 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  | 年 月 日から 年 月 日まで                        |                |            |               |                 |       |   |
| 医療費総額  | 円                                      |                |            | 助成申請額         | 円               |       |   |
| 病院等の名称所在地  |  |                |            |               |                 |       |   |
| 申請の理由  |  |                |            |               |                 |       |   |
| 振込先  | 金融機関名                                  | 銀行・金庫<br>農協・組合 |            |               | 支店<br>支所<br>出張所 |       |   |
|  | 預金の種類                                  | 1 普通           | 2 当座       | 口座番号          |                 |       |   |
|  | 口座名義人                                  |                |            |               |                 |       |   |
| 上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。<br>年 月 日<br>三浦市長<br>住所<br>氏名<br>個人番号<br>電話<br>印 |  |                |            |               |                 |       |   |

\*市記入欄

|                        |                    |     |
|------------------------|--------------------|-----|
| 年分の所得の合計額              |                    | 円   |
| 控除額                    | 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   |
|                        | 障害者控除額             | 円   |
|                        | 寡婦・寡夫・勤労学生控除額      | 円   |
| 児童手当法施行令第3条第1項に規定する控除額 |                    | 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除く） | 円   |
|                        | 高額療養費              | 円   |
|                        | 附加給付等              | 円   |
|                        | 控除額計               | 円   |
|                        | 差引助成額              | 円   |
| 附加給付の計算等               |                    |     |

備考

- 1 番号のある欄には、該当する番号を○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、医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
- 4 被保険者名の欄には、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 申請書を提出する際は、療養費又は家族療養費の支給を証する書類、領収書等を添付してください。