

こども医療費一部負担金請求書

【医療機関へのお願い】

これは熊本県合志市が、こどもの健康保持と健全な育成を図るための制度で、助成対象者が治療を受けた場合、その本人負担額を合志市が支払うものです。

お手数ですが、下記の欄にご記入くださるようお願いいたします。

【助成対象】

0歳から高校3年生相当年齢までの診療分で、医療保険適用分

【保護者の方へお願い】

請求時には、必ず保険証、受給者証をご持参ください。

請求期限は診療月より1年間です。請求者は太枠の欄のみ記入をお願いします。

請求書の提出は、診療した月の分は1ヶ月まとめてから、診療した月の翌月以降に申請してください。

請求者記入欄	受給者証番号		保険者番号	
	(ふりがな) こどもの氏名		保険者名 (保険証の名称)	
	生年月日	H・R 年 月 日		

※以下医療機関記入欄については、1月分まとめて記入をお願いします。

医療機関記入欄	年 月 分	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	診療区分	1 入院 2 通院 3 歯科 4 調剤 5 その他()			
	総医療費(保険適用分)	他の法律によって負担した額	一部負担金の額	備考	
	円	円	円		
	上記のとおり相違ありません。			年 月 日	
		住所 医療機関名 電話番号	(印)		
(あて先)合志市長					

施術院記入欄	年 月 分	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	総医療費(保険適用分)	一部負担金の額	備考		
	円	円			
	上記のとおり相違ありません。			年 月 日	
			住所 施術院名 電話番号	(印)	
(あて先)合志市長					

請求者記入欄	上記のとおり請求します。			
	令和 年 月 日	保護者住所	合志市	
	氏名			
	電話番号 () -			
	(あて先)合志市長			