

## 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歳から中学校3年生までの診療分で、医療保険適用分

**【保護者の方へお願い】**

請求時には、必ず印鑑、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	13579	保険者番号	1430016
	こどもの氏名	合志 花子	保険者名 (保険証の名称)	協会けんぽ 熊本支部
	生年月日	平成 25 年 5 月 5 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	平成 年 月 分	平成 年 月 日 ~ 平成 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( )		
	医療費総点数	他の法律によって負担した額	一部負担金の額	備考
	点	円	円	
	医療機関コード番号(必須)			
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日  <div style="text-align: right;">                     医療機関名                      住所                      電話番号                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div> (あて先)合志市長			

請求者記入欄	上記のとおり請求します。			
	平成28年 5月 5日	保護者住所 合志市御代志1661-1		
		氏名	合志 親太郎	
		電話番号 ( 090 ) 1234 - 5678		
(あて先)合志市長				