

子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、子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		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()			
	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。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 医療機関名 住所 電話番号 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 印 </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。			
	令和 年 月 日	保護者住所	合志市	
	氏名		印	
	電話番号 ()		-	
(あて先)合志市長				