

様式第4号(第9条関係)

領収書等に記載してある診療月をご記入ください。

記入例

受診した医療機関をご記入ください。

鳴沢村子ども医療費助成金請求書

申請者記入欄	平成 ×× 年 ×× 月 診療分		医療機関名(×××× 病院)			
	住所 鳴沢村 123456 番地		保護者氏名 鳴沢 太郎	子ども氏名 鳴沢 一子	子ども生年月日 平成××年××月××日	年齢 ×歳
	電話番号 (85) 1234		加入している社会保険の名称 鳴沢村国民健康保険	保険証記号番号 12345-678		
	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他					
村記入欄	医療報酬請求点数 年 月 日	実 日数	入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/>			
	入院時	食事負担額 円× 日間=				
医療機関以外の証明						
家庭訪問看護療養費 期間 年 月 日～ 年 月 日 負担額 円× 日間= 円						
訪問看護事業者 所在地 名称・代表者 (印)						
村記入欄	A 療養に要した額	円	E			
	B 保険者負担額	円	F			
	C 公費負担額	円	G			
	D 本人負担額(A-B-C)	円	H	助成金請求額(D-F-G) 円		
上記のとおり支給されるよう申請します。						
鳴沢村長		様		平成 ×× 年××月××日		
				(申請者氏名) 鳴沢 太郎 (印)		

該当の保険区分にチェック。

お手持ちの保険証をご確認のうえ、ご記入ください。

例：鳴沢村国民健康保険
 全国健康保険協会
 山梨県市町村職員共済組合
 ・山梨県国民健康保険団体連合会と契約のある次の4国民健康保険組合

- ① 山梨県医師国民健康保険組合
- ② 全国歯科医師国民健康保険組合
- ③ 全国土木建築国民健康保険組合
- ④ 中央建設国民健康保険組合

※上記の保険組合以外は窓口無料化にならないので
 毎回この請求書の提出が必要となります。

※ 領収書が複数存在する場合には
 診療月/医療機関毎に請求書が一枚必要です

※太枠内に必須事項を必ず記入して申請してください。

※受診の翌月10日から2年を経過したものは受付られませんのでご注意ください

※最後に領収書を添付して提出してください
 振り込みは提出日の翌月25日が振込み目安となります

印鑑の押印