

子ども医療費助成金支給申請書

下記のとおり、子ども医療費助成金の支給を申請します。また、申請手続きにあたり、町が医療機関及び保険者等に対し必要な情報を確認することに同意します。

申請者記入欄	年 月 日				
	東伊豆町長 様				
	住所 申請者 (保護者) 氏名				
	電話				
受診者(子ども)	受給者証 番号				記号 番号
	フリガナ 氏 名				加入医 療保 険 保険者 名称
	生年月日	年 月 日 受診時年齢 (歳)		<input type="checkbox"/> 国保() <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合 <input type="checkbox"/> ()	
助成を受けた 公費負担制度名					

町記入欄	年 月 受診分 (入院 ・ 通院)				
	保険診療 自己負担額	入院時食事療養 費標準負担額	高額療養費	()	支給額
	円	円	円	円	円
	診療日数	補助金 自己負担額	補助金 対象額	備 考	
日	円	円			