

こども医療費助成 支給申請書

(宛先) 新潟市長

申請日 令和 年 月 日

こども医療費助成の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者	フリガナ		連絡先電話番号			
	氏名					
こども	フリガナ		受給者番号			
	氏名					
	住所	新潟市	生年月日		平成 年 月 日 令和	
振込口座 (受給者)	フリガナ		口座番号			
	口座 名義人		普通			
	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 出張所	金融機関コード		
				支店コード		

受診年月	令和 年 月	医療機関名	医療機関コード		
外来 調剤	初回受診日の保険診療分	点数	点	支払額	円
	月の2回目受診日の保険診療分		点		円
	月の3回目受診日の保険診療分		点		円
	月の4回目受診日の保険診療分		点		円
	月の5回目以降受診日の保険診療分		点		円
	1か月間の保険診療合計		計	点	計
入院	入院期間		月 日	～	月 日
	再入院期間		月 日	～	月 日
	入院日数				日間
	入院中の保険診療分	点数		支払額	円
	食事療養を受けた回数(標準負担額減額認定証所持者)			回(うち長期	回)
訪問看護	利用日数				日
一部負担金		円	助成決定額		円

注1 太線の枠内のみ記入してください。

2 領収書その他の自己負担額を支払ったことを証する書類を添付してください。

3 受診した月ごとに1枚提出してください。

4 医療機関ごとに1枚必要です。(調剤薬局も1枚必要です。)