様式第３号（第１２条関係）

㊖　子どもはぐくみ医療療養費請求書

令和　　年　　月　　日

吉野川市長　様

（請求者）住　所

氏　名　　㊞

（電話　　－　　）

吉野川市子どもはぐくみ医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき、子どもはぐくみ医療療養費として次のとおり請求します。

子どもはぐくみ医療療養費請求額			一金　　円也		
受　療　区　分			入院・外来・コルセット等		
受　療　年　月			年　　月分		
受療者	受給者証番号		加入保険	被保険者名	
	氏　　名			保険証記号番　号	
	生年月日	年　　月　　日		保険者名	

助成算定額

一部負担金額		附加給付額		助成決定額
円	－	療養費支給額	円	＝
			円	円

上記請求による子どもはぐくみ医療療養費を下記の預金口座に振込みを依頼します。

振込現金	振込銀行名	支店名	普・当	口座番号	名義人（ふりがな）

注　１　医療機関等で発行された領収書を添付してください。
　　２　治療用装具等について保険給付のある場合には、「療養費支給証明書」を添付してください。
　　３　金融機関への口座振込みを希望する場合は、口座番号等を記載してください。