

学校スポーツ保険申請 有無

受付年月日

※学校でのケガ、災害においては災害共済給付制度
(学校スポーツ振興保険)を優先しております。
そちらを申請された場合は、子ども医療費助成での申請は出来ません。

子ども医療費助成申請書

年 月 日

甲佐町長 様

申請者

住 所 甲佐町大字

番地

氏 名

子ども医療費の助成を下記のとおり申請します。

受給者番号		子ども氏名
生年月日	年 月 日	健康保険名 国保・社保・組合・共済組合

医療機関記入欄

領収書

注：保険診療の対象額を記入してください

子ども氏名
(患者名)

様

年 月 診療分

{ 入院・外来・調剤・その他 (いずれかに○) 日数 (日) }

医療費総点数	育成・療育医療費等	一部負担金の額	備 考
点		円	

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関名
(医療機関コード)
電話番号

印

町使用欄

	高額療養費 (有・無) 附加給付金 (有・無) 学校災害救済給付金 (有・無)
--	---