様式第4号の2(第5条関係)

子ども医療費一部負担限度額差額給付申請書

年　　月　　日

岡山市長　様

下記のとおり、領収書を添えて「子ども医療費一部負担限度額差額」の給付を申請します。

なお、給付額の決定に必要な場合、公簿により所得・負担区分等を確認されることに同意します。

申請者	氏名	岡山　太郎			
	住所	(〒　　―　　) 岡山市　北区大供一丁目１番１号　　電話（０８６―８０３―１０００）			
受給者番号	受給者番号	１２３４５６７	加入医療保険の内容	保険者番号	３３００１９
	フリガナ	オカヤマ　モモコ		保険者名	岡山市
	患者氏名	岡山　桃子		被保険者証記号・番号	岡１　１２３４５６
				被保険者・組合員氏名(保護者)	岡山　太郎
	患者生年月日	平成２７年１月１日		認定年月日(資格取得日)	平成２７年１月１日

年　　月（外来）受診状況一覧

受診状況	医療機関（薬局・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝを含む）の名称	窓口負担額	受診日数	保険点数 総医療費	一部負担金相当額
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
		(円)		(点) (円)	
				合計(A)	

※保険診療に係る一部負担金を記入すること。

市記入欄	給付決定		
	自己負担額（A）	負担上限額／月	支給決定額
	（　　）―	（　　）＝	＿＿＿＿＿＿

振込口座	金融機関名	（医療）銀行・信用金庫・信用組合	支店名	本店・（助成）支店・出張所	預金種別	普通(総合)・当座								
		（　　）農協		本所・（　　）支所	店番号	１２３								
					口座番号	１	２	３	４	５	６	７		
	フリガナ	オカヤマ　タロウ												
	名義人	岡山　太郎												