様式第３号（第４条関係）

子どもの医療費助成申請書（償還払用）

令和　　年　　月　　日

志賀町長　様

（申請者）　　〒
住　　所
氏　　名
電話番号

子どもの医療費助成を受けたいので、領収書を添付して申請します。

領収書枚数　　枚

受給資格者番号			加入保険	被保険者氏名	
子ども	ふりがな			保険証記号番号	
	氏　　名				
	生年月日	年　　月　　日		保　険　者　名	
	性　　別	男　・　女			

本人負担額	高額療養費・付加給付	助成額
① 円	② 円	①－②＝③ 円

1　保険適用されない場合（薬の容器代、予防接種、文書料、入院時の食事療養費や差額ベッド代など）は助成の対象外です。
2　高額療養費や家族療養付加給付金が支払われる場合は、助成額から差し引きますので、先に加入の健康保険に手続きを済ませ、健康保険が発行した支給決定通知書等を添えてください。
3　次の場合は、医療機関の窓口で受給資格証を提示しないでください。
　交通事故など、第三者行為による診療の場合
　学校や保育園等の負傷など、日本スポーツ振興センターの給付金対象となる場合
4　支払通知書は送付いたしませんので、振込後口座の確認をお願いします。