

①領収証 { 返却
徴取

②口座 { 入力
チェック

③審査 { 一次
二次

④データ { 入力
チェック

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

豊橋市長様

住所 豊橋市
(申請者) 氏名 (電話)

下記のとおり医療費を助成してください。

記

保険診療分類		保険診療外分類		助成決定額	
※		※		※	
円		円		円	
申請理由	1. 県外受診 9. その他()		2. 受給者証交付前受診 3. 療養費		4. 治療材料
子ども	受給者番号				
	住所				
	氏名				
	生年月日		電話番号		
加入保険	名称				
	保険者番号				
	被保険者氏名				
	記号		番号		
振込先	銀行コード			支店コード	
	口座種別		口座番号		口座名義人

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

医療機関へお願い

この証明欄は、豊橋市子ども医療費の助成に関する条例第7条の規定により医療費の助成を受ける場合に必要ですので証明してください。

保険診療証明欄			
平成・令和 年 月診療分			
支払額(保険診療分)	円	子ども氏名	
保険診療総点数	点	他法・公費負担点数	点
受診内容	初診(平成・令和 年 月 日)・入院(日)・入院外(日)		
上記の事項は事実と相違ありません。			
令和 年 月 日	医療機関の	{ 所在地 名称 医師氏名	

(注) 保険診療総点数欄は審査機関に請求した点数を記入してください。