

子ども医療費助成金支給申請書

平成 年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市

申請者

氏 名 _____ ⑩

次のとおり、子ども医療費助成金の支給を申請します。

受給資格者証番号			加入 社会 保険 等	記号・番号	
対象者	ふりがな氏名			ふりがな被保険者氏名	
	生年月日	平成 年 月 日		保険者名称	
ふりがな保護者氏名					

保険医療機関等の証明						
診療月	平成 年 月	受診者氏名			傷病発生原因の別	1 第三者行為による 2 その他
診療内訳	保険診療対象総点数			自己負担額又は基本利用料		
	総点数	うち他法制度による負担分				
入院	点	点	円			
入院外	点	点	回	円		
訪問看護療養費	円	円	円			
調剤	点	点	回	円		
証明手数料	有（ 円） ・ 無					
					保険医療機関コード	

平成 年 月 日

上記のとおり一部負担金を受領しました。

保険医療機関等 所在地
名 称
氏 名

㊞