

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<br>社会<br>保険<br>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

㊞