

## 子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市  
申請者  
氏 名 ㊟

次のとおり、子ども医療費の助成を申請します。

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		被保険者氏名	
	生年月日		H・R 年 月 日	
保護者氏名		保険者名称		

### 保険医療機関等の証明

診療年月	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

令和 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 ㊟