

記入例

※ 太枠内のみ記入してください。

子ども医療費助成申請書

令和 元 年 5 月 16 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市 神田町3番22号

申請者

氏 名 薩摩川内 太郎 印

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	43012345	加入 社会 保険 等	記号・番号	91234・5678
対象者 ふりがな 氏名	さつませんたい はなこ 薩摩川内 花子		被保険者氏名	さつませんたい たろう 薩摩川内 太郎
	生年月日		①・R 23年10月16日	保険者名称
保護者氏名	さつませんたい たろう 薩摩川内 太郎			

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 印			