

## 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	全国健康保険協会 鹿児島支部
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3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 印