

記入例

様式第7号(第4条関係)

子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書

日向市長 様				受 給 者 番 号		1	2	3	4	5	6	7
申 請 年 月 日	● 年 ● 月 ● 日		申 請 者 住 所	日向市本町10番5号				電 話 番 号				
保 護 者 氏 名	日向 太郎		振込先金融機関	●●銀行		●● 支店		保 険 者 記 号 番 号		宮6 ●●●●—●●●●		
受 診 児 氏 名	日向 花子		口 座 番 号	1234567				被 保 険 者 氏 名		日向 太郎		
生 年 月 日	● 年 ● 月 ● 日		口 座 名 義 人	ヒュウガ タロウ				保 険 組 合 名		日向市		

子ども医療費の助成について、下記のとおり申請します。

医療機関・薬局の証明欄	診療区分	診療年月日	診療報酬点数	太枠の中をボールペンで記入してください。			調剤報酬点数	一部負担金
	入院 外来 歯科	年 月 日	点	円	年 月 日	点	円	
	入院 外来 歯科	年 月 日	点	円	年 月 日	点	円	
	入院 外来 歯科	年 月 日	点	円	年 月 日	点	円	
	入院 外来 歯科	年 月 日	点	円	年 月 日	点	円	
	入院 外来 歯科	年 月 日	点	円	年 月 日	点	円	
	診療区分を○で囲み、左右の年月が一致するように記入してください。	保険診療で上記の金額を領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 氏 名 印			保険診療で上記の金額を領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 氏 名 印			

※上記の対象となる医療費は、保険適用の医療費に限りますので、入院時食事療養料、差額ベット、おむつ借用料、付添看護料、電気器具使用料(医師が認めないもの)等の経費は控除してください。

受付	確認	入力