

子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書

日向市長 様				受 給 者 番 号							
申 請 年 月 日	年	月	日	申 請 者 住 所				電 話 番 号			
申 請 者 氏 名				振込先金融機関		支店	保 険 者 記 号 番 号				
子 ども 氏 名				口 座 番 号			被 保 険 者 氏 名				
生 年 月 日	年	月	日	口 座 名 義 人			保 険 組 合 名				

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 蘭	診療区分	診療年月日	診療報酬点数	一部負担金	調剤年月日	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
	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