

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			
保護者氏名		印	振込先金融機関		支店	保険者記号番号				
受診児氏名			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。

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
医療機関・薬局の証明 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。			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	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