

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
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 印	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、下記のように入力してください。

医療機関・薬局の証明	診療区分	診療	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	●			年 月 日	点	円
	入院 外来	●			年 月 日	点	円
	入院 外来	●			年 月 日	点	円
	入院 外来	●			年 月 日	点	円
	入院 外来	●			年 月 日	点	円
	入院 外来	●			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		

太枠の中を消えないボールペンで記入してください。
 (フリクションペンなど、熱で消えるペンや鉛筆で書かないでください。)

※郵送での申請は原則受け付けておりません。
 記入後は必要なものをそろえ、こども課窓口までお越しください。

※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