

(表)

子ども医療費助成申請書

記入日

年 月 日

大崎市長 様

受給者 住 所

現在の住所・

受給者(保護者)氏名を記入

氏 名

年

月分の子ども医療費の助成を下記のとおり申請します。

複数月受診している場合は申請書が月ごとに1枚ずつ必要です

子ども医療費 受給者証番号	受給者証右上に記載があります	子どもの氏名	氏名 (男・女 年 月 日生)
被保険者証 記号・番号		管 掌 別	協・日・船・組・共・国保
		保 険 者 名	

※以下は、医療機関等で記入してください。

健康保険証から転記

・記号番号は保険証の上方に記載があります

・管掌別はあてはまるものに○をしてください

・保健者名は保険証の下方に記載があります

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	健康保険証から転記	訪問看護
療 養 の 給 付 等 (裏面参照)	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	外 来 薬 剤 分 (保険対象分のみ)	円
訪問看護療養費分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円	公費負担について	円
自 己 負 担 額	円	医療機関等	機関のコード番号	円
			住 所	
			氏名・名称	

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院(入院 日) ・ 訪問看護
療 養 の 給 付 等 (裏面参照)	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	外 来 薬 剤 分 (保険対象分のみ)
訪問看護療養費分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円	公費負担について
自 己 負 担 額	円	医療機関等	機関のコード番号
			住 所
			氏名・名称

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院(入院 日) ・ 訪問看護
療 養 の 給 付 等 (裏面参照)	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	外 来 薬 剤 分 (保険対象分のみ)
訪問看護療養費分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円	公費負担について
自 己 負 担 額	円	医療機関等	機関のコード番号
			住 所
			氏名・名称