

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 (男・女 年 月 日生)	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	管掌別 協・日・船・組・共・国保
		保険者名	保険者名

※以下は、医療機関等で記入してください。

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	看護
療養の給付等 (裏面注参照)	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	外 () 看護 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 (右欄 公費負担額) 円
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 (裏面注参照)	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) 負担額 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 無・有 (名称 公費負担額) 円
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 (裏面注参照)	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) 負担額 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 無・有 (名称 公費負担額) 円
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