

子ども医療費助成申請書

年 月 日

大崎市長 様

受給者 住所

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。

記

| | | | |
|------------------|--|---------|--------------------|
| 子ども医療費 受給者証番号 | | 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。

| | | | | |
|------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------|----------------------------|
| 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 | |

| | | | | |
|------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------|----------------------------|
| 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 | |

(裏)

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------|------------------------------|
| 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 (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 (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 (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 (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 | |

(注)接骨, 鍼, 灸, マッサージの場合は, 療養の給付等(療養費の総費用)欄に「保険診療の費用額」を記入してください。

以下, 市町村の使用欄です。

| | 総費用額 | 保険者負担額 | 一部負担額 | 公費負担額 | 高額・附加 | 助成決定額 |
|-----------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 療養の給付等 | | | | | | |
| 外 来 薬 剤 分 | | | | | | |
| 訪問看護療養費分 | | | | | | |
| 計 | | | | | | |
| | | | | | | |