

# 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						